POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Eugeniusz BRZEZICKI. Kraków.

Nowsze badania anatomo-patologiczne mózgu w schizofrenii ze szczególnem uwzględnieniem jąder podkorowych.

Z Kliniki neurol. psych. U. J. w Krakowie.
Dyr.: Prof. Dr. Jan Piltz.

Jest zupełnie słuszne przypuszczenie, że w tak ciężkiej chorobie jaką jest *dementia praecox*, zmiany anatomiczne winne być rozległe, wybitne i charakterystyczne. W ostatnich jednak czasach badacze zwracają się z mniejszym nieco zapałem ku tym właśnie badaniom anatomo-patologicznym. Wpływają zaś na to pewne poważne powody.

Pomijając, że badania przekroji mózgu serjami, są pracą niezwykle żmudną i długą, to po dokładnem przejrzeniu odpowiedniego piśmiennictwa musi się przyjść do wniosku, że mimo licznych i rozległych zmian anatomicznych, grupa schizofrenii nie daje dla siebie charakterystycznych zmian. Oczywiście każdy z poszczególnych badaczy stara się dojść do pewnych wniosków na podstawie swojego materjału. Często, jednak wnioski autorów nie tylko jedne z drugimi kłócą, ale często nawet biegunowo różnią się od siebie. Dlatego też doszukiwanie się w zmianach anatomicznych mózgu patogenezy schizofrenii, w myśl badań dawniejszych autorów, należy może uważać obecnie za przestarzałe, natomiast zmianę kierunku badań w stronę biochemiczną należy uważać za [illegible]

[illegible] nia, należy odpowiedzieć na następujące pytania:

1) Czy w grupie schizofrenii mamy do czynienia zawsze ze zmianami anatomicznemi?

2) Z jakiemi zmianami tyczącemi się całokształtu, ogólnego wyglądu mózgu i opon spotykamy się w schizofrenii?

3) Jakie zmiany znajdujemy w korze mózgowej i substancji białej?

4) Jakie zmiany znajdujemy w jądrach podkorowych i splocie naczyniówki?

5) Czy zmiany z któremi się spotykamy są dla schizofrenii charakterystyczne?

6) Jakie znamy teorje o schizofrenii stojące w związku ze zmianami anatomicznemi mózgu?

1. Na pytanie czy zawsze spotykamy się w *dementia praecox* ze zmianami anatomicznemi, trudno jest właściwie odpowiedzieć mimo, że prawie we wszystkich badanych przypadkach zmiany takie istnieją. *Dementia praecox* bowiem jako taka nie jest chorobą śmiertelną. Chorzy tacy w dobrze prowadzonych zakładach, gdzie nie przychodzi do żadnych ostrych spraw zakaźnych, umierają najczęściej na gruźlicę, na zapalenie płuc zachłystowe, na nieżyt jelit lub też na starość. Dlatego też przypadki podlegające sekcji są przypadkami przeważnie starymi, o długo trwającej chorobie kilku lub kilkunasto letniej. Ma to swoje bardzo ważne znaczenie. Wiemy, że gruźlica wyciska swoje piętno i na oponach i na mózgu. Tak samo spotykano rozliczne mózgowe zmiany u chorych, zmarłych na zapalenie płuc. Zmiany mózgowe przy nieżycie jelit są częste i opisane przez Sapas'a. Musimy się także liczyć ze zmianami starczemi, pośmiertnemi i różnemi przygodnemi (Dunlap). Idealnym przypadkiem mógłby być tylko świeży przypadek schizofrenii, który uległ jakiemuś nagłemu zejściu śmiertelnemu, oczywiście o ile by był natychmiast sekcjonowany. Niestety o takie przypadki jest trudno. Ważnym czynnikiem są także nasze zbyt skromne jeszcze metody barwienia i mikroskopowego badania, co właśnie podnosi Spielmayer. Nie zapominając zatem o tych wszystkich zastrzeżeniach, przyznać jednak musimy, mimo przeciwnego zdania Dunlapa, że we wszystkich prawie przypadkach *dem. pr.* zostały stwierdzone zmiany anatomiczne w mózgu.

2. Zmiany tyczące się całokształtu i ogólnego wyglądu mózgu i opon są dość częste. I tak Kure i Shimoda na podstawie materjału, złożonego ze 106 mózgów ustalili, że mózg schizofreników jest lżejszy od normalnego o 56 gr., mózg zaś schizofreniczek jest lżejszy o 69 gr. Najwięcej zanikają płaty czołowe i ciemieniowe, mniej skroniowe, najmniej zaś motoryczne odcinki kory i płaty potyliczne, przy czem poszczególne części obu półkul zanikają równolegle. Ganter podaje na podstawie olbrzymiego materjału, że w przypadkach *dem. pr.* spotykał w 31%-ach wodogłowie zewnętrzne, a w 25% rozszerzenie komór. Opona twarda zrośnięta była z kością w 11%, opona zaś miękka i pajęczynowa były zmętniałe w 43% przypadków. Tak samo Doutrebente i Marchand następnie zaś Obregia i Antoniu spotykali się ze zmianami chorobowemi w oponach, jednak w myśl nowszych badań (Naito) musimy odnieść te zmiany oponowe do innych przyczyn a nie do schizofrenji. Doświadczenie zaś Kure i Shimoda nie były przez wszystkich autorów potwierdzone.

3. Przejdźmy obecnie do badań nad korą mózgową i istotą białą. Jest zrozumiałem, że w przypadkach schizofrenji kora mózgowa była jak najdokładniej badana. Głównie zajęte są płaty czołowe (Klarfeld, Josephy, Naito) mniej płaty ciemieniowe, najmniej zaś potyliczne. Mikroskopowe zmiany są w tej chorobie stale spotykane. Są one jednak tak różnorodne i niecharakterystyczne, że byłoby próżnym wysiłkiem starać się systematycznie [illegible] gólni badacze. Spotykane zmiany są [illegible] też podnosi Goldstein trudności [illegible] nych danych. Tak samo Klarfeld [illegible] nieswoistość mikroskopowych zmian. [illegible] a ektrodermalna kory mózgowej jest [illegible] lenie Klippel-Lhermitte'a, któ[illegible] *ence ectodermale*" ma swoje podsta[illegible] nie stwierdzonej *dem. pr.* w których [illegible] anatomicznych musimy uważać za [illegible] regułę. (Przypadki Lukacsa. Drey[illegible] nlapa). Zwykle nie spotykamy się [illegible] ami zapalnemi. Tak samo i tkanka mezodermalna nie jest patologicznie zmienioną, choć oczywiście spotyka się w ścianach naczyń t. zw. Abbauzellen, które są wypełnione produktami rozpadu Alzheimer, Sioli, Goldstein, Josephy.

Z nielicznych autorów opisujących zmiany w naczyniach, należy wymienić Lubouchine'a, który opisał obrzmienie śródbłonka naczyń włosowatych, Obregia i Antoniu, którzy opisali bujanie błony zewnętrznej naczyń i Zimmermann'a, który opisał tak silne bujanie komórek ścienno-naczyniowych, że powstały wprost otoczki komórkowe naokoło naczyniowe.

Na podstawie najnowszych badań Vogtow, Josephy i Naito widzimy, że najsilniej zazatakowane są III i V warstwy komorowe kory mózgowej. Vogtowie nazywają ten stan patoklizą tych warstw. Przeciwnie Josephy uważa, że nie III i V warstwy są uszkodzone, tylko, że II i IV warstwy są wyjątkowo odporne (Keine Systemerkrankung, sondern Systemerhaltung), Naito w swojej pracy uważa, że najsilniej uszkodzona jest III warstwa, jednak warstwy VI, II i IV są również uszkodzone choć nieco mniej. Z dawniejszych badaczy Alzheimer wykazał, że największe zmiany zachodzą w II i III warstwie, Ansalone, że II, V i VI warstwy, czyli, że powierzchowna warstwa receptoryczno-assocjatywna i głębokie assocjatywne i komisuralne. Klippel i Lhermitte przytaczają, że III, V i VI warstwy są uszkodzone, Sioli i Buscaino ze, twierdzą, że warstwy od I do IV są chorobowo zmienione. Zingerle utrzymuje, że dolne warstwy ucierpiały najwięcej Rush i Dunton znaleźli neuronofagję IV-tej warstwy, a Omokorow znajduje, że w ogóle wszystkie warstwy są zmienione. Z powyżej przytoczonego uderzają nas częste patologiczne zmiany V warstwy, a prawie stałe zajęcie III warstwy korowej. Niestety niewolno nam zapomnieć, że właśnie ta III warstwa jest również bardzo wrażliwa na wszelkie inne szkodliwe czynniki (Vogt).

Uszkodzenie komórki zwojowej polegać może: 1) przy przejściowych stanach chorobowych na histochemicznych zaburzeniach równowagi kolloidalnej i procesów fermentacyjnych (Marnesco) albo 2) przy dłużej trwającej chorobie na procesach zwyrodnieniowych, lub też w końcu 3) na zupełnem zaniku komórki. Najczęściej

spotykanem uszkodzeniem jest stwardnienie z następowem tłuszczowem (lipoidowem) zwyrodnieniem (Alzheimer). Powyższe zdanie poparte jest doświadczeniami dawniejszych autorów (Ansalone, Lubouchine, Sioli, Klippel, Lhermitte) i nowszych (Naito, Josephy, Vogtowie). To stwardnieniowo-tłuszczowe zwyrodnienie jest też już od czasów Alzheimera uważane przez niektórych autorów za patognomoniczne dla *dem. pr.* Oczywiście i inne formy zwyrodnienia jak n. p. chromatoliza zostały opisane przez Ansalone, Rush, Duntona i Wada, zwyrodnienie pigmentowo ziarniste przez Merland i Florentin, tworzenie się wodniczek, zmiany w jądrach itp. inne zmiany .O ile przychodzi do tak silnych uszkodzeń, że prowadzi to do zaniku komórek zwojowych, to zanikają one bądź to przez t. zw. cytolizę Vogtow, bądźto przez t. zw. martwicę skrzepową. Natomiast neuronofagja jest rzeczą rzadką i nie gra większej roli. Pewnem jest także, że o ile przychodzi do zaników komórkowych, to te nie stoją w żadnym związku do naczyń krwionośnych i że przez ten zanik nie przychodzi do zaburzeń w architektonice korowej n. p. do zaburzeń takich jak przemieszczenie warstw architektonicznych.

Klippel i Lhermitte opisują ciekawa formę patologicznego procesu pod nazwą *„Desagregation cellulaire"* spowodowanego odłamaniem się dendrytu, przez co neurony tracą związek między sobą. Ci sami autorowie, a także Ansalone i Wada opisują zmiany w wypustkach osiowych.

Jeśli zwrócimy się do badań nad gleją, to spotkamy się tutaj z różnemi zapatrywaniami. Jedni jak Eisath zwracają uwagę na zwyrodnienia w gleji, drudzy (Koller, Anglade et Jacouin, Nissl, Klippel i Lehrmitte, Zimmermann) znaleźli bardzo obfite bujanie gleji, a nawet wnikanie ich jąder do komórek zwojowych (Ansalone). Inni znowu (Alzheimer, Walter, Josephy) mówią zwłaszcza o rozroście gleji, a także o dość gęsto rozsianych ogniskach glejo-komórkowych t. zw. różyczkach Alzheimer-Waltera. Same komórki glejowe są często powiększane do olbrzymich rozmiarów lub kształt ich jest różnie zmieniony. Nkt zaś prawie nie wspomina o zastępczem bujaniu gleji w miejsce zanikłych komórek zwojowych. Naito jest zdania, że gleja zachowuje się stale, nawet przy dużych ubytkach komórkowych, zupełnie biernie, tak, że nigdy nie spotkał sie z bujaniem zastępczem. Wcale ciekawem jest zapatrywanie Suessareff'a, który w swoich przypadkach widział znowu zmiany chorobowe w glejo-limfatycznym aparacie kory (Buscaino).

Oprócz powyższych zmian w korze, odnoszących się do komórek zwojowych i gleji Laignel-Lavastine, Tretiakoff, Jougoulesco znaleźli ogniska kwasów tłuszczowych i cholesteryny, pochodzące z rozpadu bez reakcji glejowej. (Plaques cyto-graisseuses).

Ponieważ niektórzy badacze z różnych powodów nie łączą w związek przyczynowy zmian anatomicznych z objawami klinicznymi, przeto niezwykle pouczającymi są badania Schustera, który przekonał się na podstawie swojego materjału, że w przypadkach o licznych omamach słuchowych, zmiany w korze słuchowej były bardzo ciężkie. Zdaje się, że na to zdanie Schustera zamało dotąd zwrócono uwagi, gdyż może mieć ono wielkie znaczenie w celach lokalizacyjnych. Naito przeszukiwał zmiany w korze badając serjami poszczególne pola Brodmana. Mimo, że te badania były niezwykle żmudne i trudne nie będziemy się nad niemi specjalnie zatrzymywać, gdyż nie dały poważniejszych wyników, a tylko potwierdziły to, że najsilniej uszkodzonemi są płaty czołowe. Oczywiście i w innych częściach mózgu znajdywano uszkodzenia komórkowe, jak n. p. w Rogu Amona (Ranke) w Uncus, Zingulum i t. d. Warto by może takie przypadki przebadać w myśl badań Schustera.

Naito wspomina, że rzadko stosunkowo spotykał się z badaniami nad włóknami w *dem. pr.* Sam spostrzegał silnie zwyrodniałe sploty supraradjalne, interradjalne, w końcu zaś tangencjalne. Lubouchine również znalazł zanik tangencjalnych włókien. Alzheimer opisuje t. zw. „trübe Schwellung der Bahnen", Ansalone zaś zmiany chorobowe w drogach korowo-fugalnych. Bardzo ciekawe zmiany włókien opisuje Buscaino pod nazwą: „Zolle di desintegrazione". Mają to być ogniska demyelinizacyjne w kształcie grona, powstałe jakoby wskutek zatrucia histaminą. Te t. zw. przez Niemców „Desintegrationsschollen" (ziarna bazofilno-metachromatyczne) mają być przyczyną przerwania połączeń między poszczególnymi odcinkami szarej substancji lub dróg pozapiramidowych z powodu właśnie powstania tych charakterystycznych produktów rozpadu w szarej i białej substancji. Ciekawem jest, jak wielka i gwałtowna polemika powstała wskutek tego odkrycia. Jedni stanęli po stronie Buscaino (Salustri, Ansalone w końcu Bolsi), drudzy uważają opisane zmiany wprost za artefakta (Lewy) inni znowu za małe zastoje limfatyczne „Lymphstaungen", złogi lipoidowe, (Josephy) lub grudki rzekomo wapniowe (Naito).

4. Od kilku lat oczy wszystkich neurologów zwrócone są na jądra podkorowe, gdzie niektórzy na podstawie tylko przypuszczeń, inni na podstawie danych klinicznych szukają substratu osobowości (Küppers) umiejscawiają ruchliwość psychiczną, kierunek i kierownictwo łączników psychicznych (Berze i Reichhardt) dalej czucie, chęci i popędy (Ewald), uczuciowość a nawet centra rozdzielcze dla energji (Naville). Zrozumiałą jest zatem rzecza, że i anatomowie zajęli się jądrami podkorowemi właśnie przy schizofrenji, by tam szukać podstaw anatomicznych także i tej tak dziwnej choroby. Dużo jednak autorów rozczarowało się zupełnie, nie znajdując w jądrach podkorowych żadnych zmian (Münzer i Pollak, Anglade i Lhermitte, Rosenthal, Fünfgeld). Inni znowu autorowie, jak n. p. Josephy znaleźli tylko bardzo nieznaczne zmiany. Możliwem jest, że ci autorowie nie badali odpowiednich przypadków, gdyż tylko bardzo pewne przypadki katatonji mogłyby być najodpowiedniejsze do tych badań, choć znowu Schuster właśnie w katatonji nie znalazł żadnych zmian w jądrach podkorowych, a znalazł je w *corpus callosum* i korze czołowej. Przypuścić należy, że zmiany przy katatonji winny się znajdować w jądrach podkorowych (*striatum, pallidum, substantia nigra* i *nucleus dentatus*) czyli w pierwszym systemie pozapiramidowym, albo na drodze czołowo-móżdżkowej, czyli w drugim systemie pozapiramidowym. Niektórzy też autorowie, jak Buscaino odnoszą wprost hypertenzję negatywistyczną do *globus pallidus*, katalepsję do uszkodzeń *„dentatum"* stereotypię do uszkodzeń *neostriatum*. Oczywiście i inni autorowie, jak Guiraud i Daussy odnoszą echolalję, echopraksję, stereotypię i t. p. objawy katatoniczne do zaburzeń w jądrach podkorowych. Josephy wprost przeciwnie, tylko neurologiczne objawy katatonji uzależnia od zmian w jądrach podkorowych, psychotyczne zaś, od zmian patologicznych w korze. Z naszych badaczy Bielawski, Piotrowski i Władyczko oddzielają katatonję od grupy schizofrenicznej i lokalizują ją w jądrach podkorowych. Z zagranicznych autorów, duża ilość lokalizuje katatonję w jądrach podkorowych. (Berze, Guiraud, Marcus, Fränkel, Ganichi, Nagasaka, Marie et Bernardon i inni). Niektórzy natomiast cały wogóle proces schizofreniczny lokalizują podkorowo (Brailowski, Buscaino, Geitlin, Wilmanns). Niezwykle systematyczne badania jąder podkorowych przeprowadził w dem. pr. ostatnio Ganichi Nagasaka. Ciekawem jest to, że główne zmiany znalazł on w *striatum*, a nie w *pallidum*, jak to się może należało spodziewać. Jest to od niedawna objawem coraz częstszym, że zmiany anatomiczne w jądrach podkorowych nie zawsze odpowiadają naszym utartym już pojęciom o ich funkcji (przypadki: Kalnin, Oseki, Froment, Barre et Reys, Vincent).

Wyściółka komór mózgowych ma mieć w dem. pr. zawsze charakter wczesno-infantylny. Ten stan połączony jest zwykle ze zwyrodnieniem włóknistem subependymy.

Tak duże jak i małe komórki zwojowe jąder podkorowych, mogą być w pewnej mierze uszkodzone. W tych przypadkach jednak nie przychodzi zwykle tak jak w korze do zwyrodnienia w myśl poglądów Nissla (Klippel, Lhermitte). Jak już było powiedzianem, *pallidum* jest na ogół wolne od zmian komórkowych, choć nie zawsze. Wykazały to badania Langego i Josephy. Natomiast *neostratium* bywa częściej uszkodzone. Marcus i Nagasaka znaleźli w *thalamus* duże dwujądrowe komórki, które mają (być może) pewne patognomoniczne znaczenie. Buscaino znalazł tamże stosunkowo częściej jak w innych okolicach mózgu swoje „Zolle di desintegrazione". W komórkach *substantia nigra* spotyka się często zanik barwika. W podobny sposób jak komórki zwojowe *striatum* mają być zwykle uszkodzone komórki *nucleus dentatus*. Ponieważ już mówimy o jądrach móżdżka, można wspomnieć i o tem, że komórki Purkinjego są najczęściej normalne, choć np. Schröder znalazł w tych komórkach często podwójne jądra.

Włókna podpadają najpierw zmianom rozpadowym *(desintegration)* w końcu zanikowym.

Gleja zachowuje się w przypadkach dem. pr. w jądrach podkorowych w ten sposób, że komórki gleji zwykle nie bujają, neuronofagię spotyka się niezmiernie rzadko, natomiast włókna glejowe bujają często tak silnie, że Nagasaka spotykał się często z ogólnem zwyrodnieniem włóknistem całego *putamen* lub *caudatum*.

Tak jak w korze, tak i w jądrach podkorowych nie spotykamy przy dem. pr. objawów zapalnych, natomiast naczynia krwionośne tak w *pallidum* jak i w *striatum*, silnie bujają. Przy tym obrazie występują często patologiczne zmiany w ścianach naczyń, w postaci homogenizacji i rozszerzenia błony środkowej i zewnętrznej naczynia, w których zjawiają się także złogi wapniowe. Josephy i Nagasaka opisują w *pallidum* tworzenie się grudek rzekomo-wapniowych Spatza, które są tak liczne, że pole widzenia jest jakby zasiane tymi tworami. Grudki gronkowe w jądrach podkorowych i drogach pozapirammidowych opisane

przez Buscaino znalazł między innymi także Nagasaka i uważa je za złogi rzekomo-wapniowe.

Zestawiając wyżej powiedziane szczegóły zauważymy, że główne zmiany znajdują się najczęściej w *neostriatum* i *dentatum*. W przeciwieństwie do kory mózgowej naczynia krwionośne w jądrach podkorowych są zajęte procesami chorobowymi. Jednakowoż zmiany patologiczne spotykane w jądrach podkorowych przy dem. pr. nie są, jak widzimy charakterystycznemi.

Splot naczyniówki w przebiegu dem. pr. ma być zawsze patologicznie zmieniony. Tak przynajmniej twierdzą Monakow i Kitabayashi. W przypadkach schizofrenji znajdowali ci dwaj autorowie stale dysgenezję splotu, co też dało powód i myśl Monakowowi do postawienia znanej jego teorji o przyczynie schizofrenii w której splot gra rolę nie tylko sączka, ale głównie uszkodzonego organu wewnątrz-wydzielniczego.

5. Streszczając wszystko — to co o zmianach w mózgu było powiedziane, widzimy, że najczęściej mamy do czynienia ze zwyrodnieniem wstecznem. Stale jednak powinniśmy mieć na oku to, że dem. pr. względnie schizofrenia przedstawia grupę chorób, (Bleuler), które klinicznie nie zostały jeszcze oddzielone. Badania anatomiczne bywały często przeprowadzane bez wyboru, lub bez dokładnych przebiegów chorób, a tylko z ogólnem rozpoznaniem klinicznem, co dla anatoma nie może być wystarczającem, gdyż takie same zmiany zdarzają się przy innych chorobach i innych stanach. Jednakże mimo tych zastrzeżeń możnaby się zgodzić na to, że najczęściej spotykanemi zmianami w korze są uszkodzenia lub zanik trzeciej warstwy korowej, marskość i tłuszczenie komórek tejże warstwy brak objawów zapalnych, brak zastępczego bujania gleji i tworzenie się ognisk glejowych Alzheimer-Waltera. Natomiast w jądrach podkorowych trudnoby było wyszukać coś charakterystycznego dla dem. pr. Zatem na podstawie mikroskopu żaden anatom nie potrafi postawić rozpoznania schizofrenii.

6. Etjologja schizofrenii nie jest jeszcze dostatecznie wyświetloną. Dlatego też mogą się jeszcze zjawiać podobne zdania, jak Wolfera, Hoffmana i Magenaua, którzy uzależniają schizofrenię od gruźlicy. Jak już było wspomniane, Monakow i Kitabayashi szukają powodu schizofrenji w dysgenezji splotu naczyniówki. Buscaino, Bielawski, obecnie nawet i Bolsi widzą powód powstania schizofrenji w zatruciu histaminą. Geitlin, Mohlweide, Kleist, Adler, Ghirardini, Bischof Alford uważają dem. pr. za systemowe zwyrodnienie dziedziczne. Tłumaczą oni, ale każdy w odrębny sposób, że jądra podkorowe lub pewne warstwy korowe, są niedowartościowe i pod wpływem endotoksyn ulegają pewnym chorobowym zmianom, które powodują powstanie psychicznych i fizycznych objawów schizofrenii. Endotoksyny te powstają na skutek wadliwej przemiany materji, zaburzeń o wewnętrznem wydzielaniu, lub też są pochodzenia jelitowego. Gurewitsch mniema natomiast, że nie jest ważnem uszkodzenie ośrodków, a tylko układu i że właśnie uszkodzenie układu frontotalamicznego jest powodem choroby. Alzheimer, a do pewnego stopnia także Hoche, Kraepelin i Klarfeld mają anatomiczną teorję powstawania schizofrenii i zwracają baczniejszą uwagę na zmiany pierwotne w komórkach zwojowych. Zdaje się jednakże, że najnowsze badania nie potwierdzają jednak zbytnio zapatrywań Alzheimera i dlatego słusznem jest szukanie powodu tej choroby także w innych przyczynach. Może być, że dopiero badania biochemiczne rozwiążą nam tę trudną zagadkę.

Na podstawie zatem przejrzanych prac i sprawozdań poglądowych całego szeregu autorów możemy przyjść do następujących wniosków:

Zmiany anatomo-patologiczne w mózgu przy *dementia praecox* są tylko wyrazem nieznanych nam jeszcze chorobotwórczych przyczyn.

Zmiany anatomo patologiczne w mózgu nie są bezwzględnie charakterystyczne dla *dementia praecox*.

Między anatomią patologiczną *dementia praecox*, a klinicznymi objawami tej choroby panuje jeszcze rozdźwięk.

Wychodząc z założenia, że pod pojęciem dem. pr. względnie schizofrenji nie należy rozumieć jednostki chorobowej, lecz grupę chorobową, przeto rozbieżne wyniki badań anatomo patologicznych nie są dla nas dziwnemi. Badane bowiem przypadki mogą należeć do różnych schorzeń. Dopóki klinika nie dojdzie do dokładnych i jasnych wniosków i nie da anatomom zupełnie pewnych rozpoznań, tak długo badania anatomiczne będą stały na glinianych nogach. Oczywiście nasze sposoby barwienia i anatomicznego badania muszą się także udoskonalić.

Piśmiennictwo:

1) Alzheimer: Beitrage zur pathol. Anat. der dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. Rf. 621 1913. — 2) Anglade et Jacquin Un cas de dem. pr. post-confusionelle avec autopsie Arch. de N. 1906 p. 113. — 3) Anglade Lesions du systeme nerveux centrale dans l'agitation motrice et ridigite musculaire Rev. neurol. 1902 p. 1140. — 4) Alford dem. pr. as a type of progressive degeneration Journ. of nerv. and ment. dis. 58. Nr. 2 1923. — 5) Alford Leland dem. pr. as a type of hereditary degeneration Amer. Journal. of psych. 4. Nr. 4. 1925. — 6) Ansalone Contributo alla istologia patologica della dem. pr. Cervello 2. Nr. 6. Ref. Ztschr. f. d. ges. N. u. Ps. XXXVI. 320. — 7) Bernardou Un cas qui pose le probleme des rapports entre les syndromes parkinsoniens et hebephrenocatatonique. Societe clinique de medecine mentale 16. juillet 1923. — 8) Bertrand Les processus de desintegration nerveuse Masson Co. 1923. — 9) E. Brzezicki System paleokinetyczny, Nowiny lekarskie, 21, 22, 23 1925. — 10) Bleuler Leehrbuch 1923. — 11) Buscaino Recherches sur la pathogenie des syndromes extra. piramidaux de l'amentia et de la dem. pr. Folia Neeurop. eston. 1925. z. 3/4. — 12) Buscaino Neue Angaben über die Patholog. Enstehung der traubenförmigen Zerfalsschollen Riv. di Patol. nerv. et. ment. 29. z. 3/4 1924. Ref. Ztralbl. XL. H. 3/4. — 13) Buscaino Componenti neur. della dem. pr. Ref. Ztralbl. 38. H. 3/4. — 14) Buscaino Neue Tatsachen über die pathologische Histol. u. Pathogen. der dem. pr. Schweiz. Arch. f. N. u. Ps. Bd. 14. Nr. 2. 1924. — 15) Buscaino Neue Tatsachen über traubenformige Abbauschollen der dem. pr. Riv. pathol. nerv. e. ment. 26. H. 3/4. Ref. Ztralbl. XXVII. 53. — 16) Buscaino Recherches sur l'histologie pathologique de la dem. pr. Encephale XIX. N. 4. Avril 1924. — 17) Barre et Reys Etude anatomo-clinique d'un cas de syndrome lenticulo capsulaire a type parkinsoniens chez un syphilitique. Rev. N. A. XXXII. T. II. N. 5. — 18) Brailowski Die neuesten Lehren über dem. pr. Ref. Ztralbl. XLI. H. 10/11. 590. — 19) Bolsi Studio anatomico di un caso di dem. pr. Ref. Ztralbl. XLI. H. 7/8. — 20) Claude dem. pr. et schizophrenie Paris med. A. 15. Nr. 42. 1925. — 21) Dreyfus Ueber Tod im katatonischen Anfall. Ztralbl. 18. 451. 1907. — 22) Deny et Roy La demence praecoce 1903. — 23) Doutrebente et Marchand Consideration sur l'anatomie pathol. de la dem. pr. Rev. neur. 13. — 24) Dunton Raport of a case of dem. pr. Amer. Journ. of insanity Bd. 60. 1904. — 25) Dunlap Dem. pr. The amer. journ. of. psych. april. 1924. — 26) Eisath Ueber Gliaveränderungen bei dem. pr. Allg. Ztschr. f. Psych. 64. 1907. — 27) Ewald Schizoid und Schizophr. Monatschr. f. Psych. Bd. 55. 1924. — 28) Fräenkel Ueber die Psych. Bedeutung der Erkrankung der subkorticalen Ganglien und ihre Beziehung zur Katatonie. Ztschr. f. d. ges. n. 70, 312. 1921. — 29) Fünfgeld Ueber anat. Untersuchungen bei dem. pr. Ztschr. f. d. ges. n. 95. 1925. — 30) Ganter Ueber die Todesursachen und andere pathol. anat. Befunde bei Geisteskranken. Ztschr. f. Psych. 1909. S. 460. — 31) Goldstein Zur pathol. anat. der dem. pr. Zeitschr. f. n. 25. 565. 1909. — 32) Goldstein Zur. pathol. anat. der dem. pr. Arch. f Psych. und N. 46. 1910. — 33) Gerstman Beitrag zur Kenntniss der Entwickelungstsörungen u. s. w. Arb. aus d. Neurol. Inst. a Wien Univ. 21. 286. 1914. — 34) Guiraud Conception neurol. du syndrome catatonique Encephale XIX. N. 9. 1924. — 35) Gurewitsch Postencephalitische Geistesstorungen u. s. w. Ztschr. f. d. ges. N. Bd. 92 H. 3/4. 1924. — 36) Geitlin Hat die Schizophrenie eine organische Grundlage u. s. w. Ztralbl. 37. H. 2. 1923. — 37) Guiraud et Daussy Syndrome catatonique Ann. med. psych. 82. 1924. Ref. Ztralbl. XXXVII. H. 5/6. — 38) Gianelli Sulla morte improvisa della dem. pr. Ztralbl. f. d. ges. N. 1923. — 39) Hoffman Die Tubercul. als Ursache geistiger Erkrankung Arch. f. Psych. u. Neur. 66. 1922. — 40) Jakob Eigenartiger Krankheitsprocess des Zentralnervensystems u. s. w. Ztschr. f. d. ges. Neur. 64. 1921. — 41) Jakob Der amyostatische Symptomenkomplex und verwandte Zustände. 1922. — 42) Josephy Beitrage zur Histopathologie der dem. pr. Ztschr. f. d. ges. 86. H. 4/5. 1923. — 43) Kitabayashi Die plexus chorioideus bei arganischen Hirnkrankheiten, und Schizophrenie Schweizer Arch. 7 .1920. — 44) Kleist Untersuchungen zur Kenntniss der Psychomotorischen Bewegungsstorungen bei Geisteskranken. Leipzig 1908. — 45) Kleist Die psychomotorische Storungen u. s. w. Monatschr. f. Neur. 52. 1922. — 46) Kraepelin Lehrbuch III. 2. 1923. — 47) Klarfeld Die pathol. Anat. der dem. pr. Klin. Wochenschr. Nr. 50. 1923. — 48) Klippel et Lhermitte Demence precoce i. t. d. Rev. crit. 1904. — 49) Kure and Shimoda Studies on dem. pr. Journ. of Neur. and m. dis. 58. Nr. 4. — 50) Kalnin Der paralytische Process und die Zentren des extrapiramidalen Systems Ztschr. f. d. ges. 89. Nr. 21. 1923. — 51) Küppers Ueber den Sitz der Grundstorung bei der Schizophrenie Ztschr. f. d. ges. 78. H. 4/5. 1922. — 52) Kleist Die Auffassung der Schizophrenie als psychische Systemerkrankung. Klin. Woch. Jahrg. Nr. 21. 1923. — 53) Laignel, Lavastine, Tretiakoff-Jougoulesco Trois cas de dem. pr. Encephale 1922 p. 51. — 54) Lubouchine Modifications anat. pathol. de l'ecorce cerebr. dans la dem. pr. — 55) Lukacs Pathologische Anatomie der dem. pr. — 56) Lange Klinisch-genealogisch-anatomischer Beitrag zur Katatonie Monatschr. f. d. ges. Neur. Bd. 59. H. 1/2. 1925. — 57) Monakow et Kitabayashi Schizophrenie et plexus chorioideus Arch. Suisse de Neurol. I. V. 1919. — 58) Monakow Eine neue Form der Dysgenesie des Plex. chor. Ref. Ztralbl. XXXIV. 388. — 59) Magenau Die Tuberculose und die Grupe Schizophrenie Ztschr. f. d. ges. Neur. Bd. 96. H. 4/5. — 60) Marinesco Histochimie da la maladie de Charcot. Rev. neur. 32. T. 2. Nr. 5. 1925. — 61) Marinesco Sur la structure colloidale des cellules nerv. Rapport du Congres des Gand 1913. — 62) Merland et Florentin Lesions de l'ecorce cerebr. dans la dem. pr. Ref. Ztralbl. XXXVI. 321. — 63) Mohlweide Die Auffassung der Schizophrenie als psychische Systemerkankung Klin. Woch. 1. g. 3. Nr. 9. — 64) Moriyasu Beitrage zu pathol. Anat. der Katatonie Arch. f. Psych. Bd.

45. S. 516. 1909. — 65) Marcuse Doppelkornige Thalamuszellen bei Schizophrenie Ztschr. f. d. ges. Neur. 95. S. 77. 1925. — 66) Marcus Etudes cliniques et anat. pathol. sur differentes affections des noyaux. Ref. Ztralbl. XXXV. H. 1/2. — 67) Münzer und Pollak Ueber Veränderungen des Cehirns bei Schizophreme Ztschr. f. d. ges. neur. Bd. 95. H. 3/4. — 68) Münzer Zur Pathol. der dem. pr. Ref. Ztralbl. XLI. H. 10/11. — 69) Nagasaka Genichi Zur Patholog. der Extrapyramid. Zentren in dem. pr. Arb. aus Neurol. Inst. Wien XXVII. H. 2/3. — 70) Naito Das Hirnrindenbild bei Schizophrenie Arb. aus neur. Inst. Wien 26. H. 1. — 71) Naville Les centres psychiques sous corticaux paleencephaliques Arch. de psych. Bd. 19. Nr. 73. Ref. Ztralbl. XXXIX. H. 3/4. — 72) Oseki Ueber die Veranderungen des Striatums Arb. aus dem. neur. Inst. Wien 26. S. 390. 1924. — 73 Obregia et Antonin Contribution a l'etude de l'anatomie pathol. de la dem. pr. Ref. Naito. — 74) Omorokow Zur pathol. Anat. der dem. pr. Arch. f. Psych. Bd. 54. S. 1031. — 75) Ranke Ref. Josephy. — 76) Riche, Barbe, Wickersheimer Des lesions anat. attribues a la demence precoce. Arch. d. neurol. T. 3. 1907. — 77) Rosenfeld Dem. pr. und Enceph. Ref. Ztralbl. 39. H. 1/2. — 78) Sapas Beitrage zur Pathol. der Landryschen Paralyse. Ref. Naito. — 79) Sioli Beitrage zur Histol. der dem. pr. Ztschr. f Psych. 1903. S. 179. — 80) Schiff Travaux recentes sur les lesions dans la dem. pr. Enceph. 19. Nr. 7. 1924. — 81) Schilder Cortex, Stammganglien, Psyche. Neurose Ztschr. f. d. ges. Neur. 74 454 1920. — 82) Spielmayer Histopathologie des Zentralnervensystems Berlin 1922. — 83) Schuster Zur Pathoarchitektonik der dem. pr. Journ. f. Ps. und Neur. Bd. 31. H. 1/2 1924.— 84) Sommer Die Beziehungen von Schizophrenie, Katatonie und Epilepsie Ztschr. f. d. ges. Neur. 78. H. 4/5. — 85) Snessareff Einige Beiträge zur patholog. Anat. der dem. pr. Ref. Ztralbl. f. neurol. XXXIV. H. 5. — 86) Schuster Zur Kenntniss der Pathohistol der Schizophrenie als psych. Erkrankung Klin. Woch. Jg. 2. Nr. 32. — 87) Vogt C. u. O. Erkrankungen der Grosshirnrinde im Lichte der Topistik. Patoklise und Pathoarchitektonik Leipzig 1922. — 88) Wada Beitrage zur pathol. Anat. einiger Psychosen Arb. aus d. Wien. Neurol. Inst. Bd. 18. 1910. — 89) Wilmanns Die Schizophrenie Ztschr. f. d. ges. Neurol. 178. H. 4/5. — 90) Wolfer Tuberculogenese der dem. pr. Ztschr. f. d. ges. Neurol. 52. 1919. — 91) Zimmermann Beitrag zur Histologie der dem. pr. Ztschr. f. d. ges. Neurol. 30. 354. 1916. — 92) Zingerle Zur patholog. Anat. der dem. pr. Monatschr. f. Neurol. 27. 285. 1910.

Leon KARWACKI i Ewelina BOGACKA-GUTENTAG. Warszawa.

Studja nad kwasoodpornością bakterji.

Z pracowni bakterjologicznej Szpitala Św. Stanisława w Warszawie. Kierownik Docent Leon Karwacki.

A) bakterje antyforminoodporne w przyrodzie.

Posługując się metodą, zaproponowaną przez Uhlenhuth'a, poszukiwaliśmy prątków antyforminoodpornych na trawach ogrodowych i łąkowych, na macierzance, w ziemi ornej i doniczkowej, w szlamie z filtrów wodociągowych, w nawozie koni i wieprzów.

Z materjałów tych sporządzaliśmy nalewki, dodając wody wyjałowionej i wstawiając na 24 godziny do cieplarki w 37°, aby pobudzić przejście zarodników domniemanych w postaci wegetacyjne. Po 24 godzinach do nalewki dodawaliśmy antyforminy w stosunku 15% i po skłóceniu wstawialiśmy do cieplarki na 2 godziny. Poczem zawiesinę odwirowano, osad przemywano buljonem, lub rozczynem fizjologicznym i wysiewano na płytki agarowe z 2% dodatkiem gliceryny.

Ze wszystkich tych prób stale otrzymywaliśmy wzrost najrozmaitszych drobnoustrojów, które następnie przeszczepiono z oddzielnych kolonji na agar glicerynowy i buljon glicerynowy.

Wszystkie wyosobnione przez nas drobnoustroje barwiły się metodą Gram'a, po zabarwieniu zaś podług Ziehl'a wykrywaliśmy na preparacie często, ale nie zawsze, pewien odsetek bakterji zabarwionych na czerwono obok znacznie przeważającej liczby drobnoustrojów niebieskich.

Część wyosobnionych przez nas szczepów z biegiem czasu zaczęła zarodnikować, przeważna zaś liczba nie wytwarzała zarodników. Co do pierwszej grupy można przypuszczać, że część zarodników w nalewce nie przeszła w postaci wegetacyjne i oparła się działaniu niszczącemu antyforminy. Bakterje te wyeliminowaliśmy z dalszych badań. Druga grupa, nie tworząca zarodników, morfologicznie składała się z prątków, ziarników i komórek drożdżowych. Nieliczne indywidua kwasoodporne spotykaliśmy tylko w pierwszej generacji, natomiast w przesiewach prawie wyłącznie występowały postaci niekwasoodporne. Tezę Uhlenhuth'a, że kwasoodporność jest tym czynnikiem, który chroni bakterje od rozpuszczenia przez antyforminę, pozornie zachwiały wyniki tych doświadczeń, gdyż po zadziałaniu antyforminą wyrosły nam bakterje niekwasoodporne. Powtórne jednak doświadczenia ze szczepami, wyosobnionemi przez nas, wykazało, że po zadziałaniu 15% antyforminą szczepy te rozpuszczają się całkowicie, a z osadu nie można uzyskać już ponownie hodowli. Z tego wypływa wniosek, że szczepy te w przyrodzie posiadały inne cechy strukturalne, które pozwoliły im oprzeć się działaniu antyforminy. Najlogiczniej byłoby przypuszczać, że szczepy te były kwasoodporne, lecz wynaturzyły się po zadziałaniu antyforminy i straciły zdolność wytwarzania lipoidów i istot woskowych, warunkujących kwasoodporność. Dla sprawdzenia tego przypuszczenia wykonaliśmy szereg doświadczeń, zmierzających do przywrócenia bakterjom kwasoodporności, wysiewaliśmy je mianowicie na agarze lanolinowym. Po serji takich przesiewów, dokonywanych w ciągu 10—16 miesięcy, część szczepów odzyskała kwasoodporność: jedne całkowicie, inne częściowo. Z tych ostatnich od 50% do 75% bakterji barwiło się metodą Ziehl'a na czerwono, reszta na niebiesko, 3 szczepy, którym powróciła kwasoodporność, pochodziły z nawozu, 3 — z traw, 3 — z ziemi.

Prątki te w fazie kwasoodpornej tworzą pomarszczony kożuszek na buljonie glicerynowym, wilgotny tłusty nalot na agarze i wytwarzają barwik pomarańczowy, z wyjątkiem jednego szczepu, który daje suchy pomarszczony biały nalot. Prątki rosną w ciepłocie pokojowej i w cieplarce. Żaden z nich nie jest chorobotwórczy dla świnki.

Drugi typ wyosobnionych przez nas drobnoustrojów stanowią ziarniki drobniejsze od gronkowców, układające się w zooglea, spojone istotą kitową. Po zabarwieniu metodą Ziehl'a nader rzadko wykrywały się wśród nich ziarna czerwone, olbrzymia większość ziarn barwiła się na niebiesko, czasem z odcieniem fioletowym. 15% antyformina rozpuszczała całkowicie i te szczepy. Przyjąć więc należy, że i ten typ w przyrodzie musiał być kwasoodporny, skoro oparł się działaniu antyforminy w pierwszej generacji. Odzyskiwanie zdolności kwasoodpornej na agarze lanolinowym u ziarników dokonywa się daleko wolniej niż u prątków. Po roku przeszło przesiewania na tem podłożu tylko u jednego szczepu powiększyła się znacznie ilość ziarn kwasoodpornych, ponadto wystąpiły twory, stojące na granicy dostrzegania, i laseczki ziarniste częściowo kwasoodporne.

Trzeci typ wyosobnionych bakterji są to prątki rzekomo błonicze. Na agarze lanolinowym kwasoodporność nie zaznaczyła się dotąd wyraźniej.

Wreszcie czwarty typ stanowią komórki drożdżowe. Komórkom tym stale towarzyszyły prątki częściowo (3%) kwasoodporne. Próby oddzielenia ich nie powiodły się. Przypuszczamy, że są to postaci rozwojowe tego samego drobnoustroju. Drożdże te na agarze glicerynowym wytwarzają barwik koralowy. Na agarze lanolinowym po serji przesiewów doprowadziliśmy postaci kwasoodporne — komórki drożdżowe i prątki — do przewagi.

Jest rzeczą interesującą ze stanowiska biologicznego, czy podobne wynaturzające działanie antyforminy występuje i w stosunku do saprofitów kwasoodpornych, utrzymywanych przez czas dłuższy na podłożach laboratoryjnych.

Dla wyjaśnienia tej sprawy traktowaliśmy hodowle agarowe szczepów Korn'a, Möller'a (*Grassbacillus i Timotheebacillus)*, prątka mlecznego (*Milchbacillus)*, prątka masłowego *(Butterbacillus)*, prątka mastkowego roztworem antyforminy różnej mocy przez 2 godziny w cieplarce, odwirowywaliśmy zawiesinę, przemywali buljonem i wysiewali na agar.

Poza prątkiem Korn'a, który czasem wyrastał po zadziałaniu roztworem 15%, wszystkie inne saprofity ginęły. Prątek Korn'a po tej obróbce dał hodowlę mieszaną — kwasoodporne i niekwasoodporne w równej ilości. Wygląd hodowli makroskopowy na agarze uległ zmianie: hodowla przyjęła postać śluzowatą, a barwik pomarańczowy znikł.

Obróbka roztworem 12% wywołała podobną zmianę w szczepie mastkowym: szczep rośnie w postaci nikłego śluzowatego bezbarwnego nalotu. Preparat zawiera prątki niekwasoodporne w znacznej przewadze.

Roztwór 10% odebrał cechy kwasoodporne prątkowi macierzanki całkowicie. Hodowle kwasoodporno-niekwasoodporne powstały z prątka trawiastego (Grassbacillus), masłowego Rabinowiczówny. Prątek mleczny zaczął barwić się na niebiesko, a w laseczce wystąpiły czerwone ziarnistości. Prątek mastkowy po obróbce 10% roztworem antyforminy nie stracił cech kwasoodpornych.

Roztwory antyforminy zatem w pewnej koncentracji wyjaławiają całkowicie saprofity kwasoodporne, w koncentracji słabszej odbierają im kwasoodporność całkowicie lub częściowo, roztwory jeszcze słabsze nie wpływają na czynność kwasoodporną.

Koncentracje te nie obowiązują całej rodziny saprofitów kwasoodpornych, lecz są zmienne w zależności od danego szczepu.

Z całokształtu naszych badań nasuwają się wnioski następujące:

a) Wytrzymałość na antyforminę jest silniejsza u bakterji kwasoodpornych w warunkach naturalnych, niż na podłożach sztucznych.

b) Funkcja kwasoodporności nie stanowi stałej i niezmiennej cechy pewnej rodziny bakteryjnej. Funkcja ta może znikać pod wpływem pewnych zadziałań i wracać w odpowiednich warunkach środowiska. Badania nasze potwierdzają w pewnej mierze poglądy Ferran'a, Karwackiego, Vaudremer'a co do istnienia postaci niekwasoodpornych u prątków gruźliczych.

c) Kwasoodporność nie stanowi przywileju wyłącznego prątków, istnieją bowiem i ziarniki i komórki drożdżowe kwasoodporne.

Leon KARWACKI i Ewelina BOGACKA-GUTENTAG. Warszawa.

Studja nad kwasoodpornością bakterji.

Z pracowni bakterjologicznej Szpitala Św. Stanisława w Warszawie.
Kierownik Docent Leon Karwacki.

b) Występowanie kwasoodporności u prątka durowego.

W pracach poprzednich ustaliliśmy, że kwasoodporność nie jest przywilejem określonej rodziny drobnoustrojowej, i że nie może służyć przeto jako podstawa klasyfikacyjna. Dowiedliśmy, że własność tę mogą posiadać prątki błonicopodobne (dyfteroidy), pewne typy prątków zarodnikujących, pewne ziarniki (Karwacki, Karwacki i Bogacka), komórki drożdżowe. Cecha ta istnieje też u streptotryksów.

Drobnoust oje posiadające w pewnych warunkach środowiska lub podłoża kwasoodporność, mogą ją zatracać samoistnie, można też odjąć im tę cechę doświadczalnie i przywrócić ponownie.

W dzisiejszym naszym komunikacie chcemy zdać sprawę z bardzo ciekawego faktu pojawienia się cech kwasoodporności u prątków Eberth'a.

W marcu roku bieżącego przysłano nam do zbadania ropę, pochodzącą od He sza N. z oddziału D-ra Osińskiego w szpitalu św. Stanisława. Chory dotknięty był durem brzusznym od szeregu tygodni. W ostatnich czasach wystąpiły u niego liczne ropnie podskórne. Badając ropę bakterjoskopijnie stwierdziliśmy w niej obecność prątków kwaso- i wyskokoodpornych w dość znacznej ilości w grupkach po kilkanaście co kilkadziesiąt pól widzenia. Prątki wyglądem swym różniły się od gruźliczych: zabarwienie ich miało kolor nie „tętniczy", ale „żylny", postać kokobacylów raczej, niż prątków. Kokobacyle były pękate, czasem jeden koniec był grubszy, a drugi cieńszy. Pierwsze wrażenie nasze było, że mamy do czynienia z prątkami rzekomo gruźliczymi, pochodnymi dyfteroidów, które w czasie duru przedostały się bądź z powłok skórnych wgłąb, bądź też przez obieg krwi i, usadowiwszy się w tkance tłuszczowej podskórnej, nabrały cech kwasoodpornych i wywołały ropienie.

Wychodząc z tego założenia, wysieliśmy ropę na zwykłe podłoża dla kontroli, część zaś ropy poddaliśmy przedtem działaniu 15% antyforminy i wysieli na agar glicerynowy po odwirowaniu i wymyciu. Z ropy antyforminowej hodowle nie powstały, a z ropy nie obrabianej wyrosły kokobacyle o cechach fermentacyjnych prątków Eberth'a, aglutynujące się wysokowartościową surowicą przeciwdurową do miana. Szczep ten w następstwie według techniki jednego z nas był hodowany na agarze lanolinowym dla zbadania, czy kwasoodporność wróci i poza ustrojem. W 4-ym przesiewie wystąpiły dość liczne ziarenka i kokobacyle kwasoodporne, natomiast prątki, które nie nabrały jeszcze cech kwasoodpornych, rosną na tem podłożu w postaci drobniutkich ziarn i kokobacylów, 4—5 krotnie mniejszych od postaci zwykłej. Zmienił się też wygląd makroskopowy hodowli. W podkulturze z 4-go agaru lanolinowego, dokonanej na agar glicerynowy, prątki rosną w postaci złocistego nalotu. Mamy nadzieję, że w dalszych przesiewach doprowadzimy wszystkie indywidua tego szczepu do kwasoodporności. Spostrzeżenie to wskazuje, że bardzo wiele drobnoustrojów posiada zdolność do nabierania w pewnych warunkach kwasoodporności.

W najbliższych czasach zamierzamy opracować w tym kierunku całą grupę durową, rzekomo durową i okrężnicową, gdyż nie przypuszczamy, aby tylko ten jeden szczep durowy posiadał takie wyjątkowe własności.

Teoretycznie kwestja mutacji kwasoodpornej zarazków w zakażonym ustroju jest niesłychanie interesująca. Ferran uczynił z niej podstawę swej teorji patogenetycznej gruźlicy. Zdaniem jego, prątek gruźliczy jest pierwotnie niekwasoodporny i dopiero z biegiem lat przeistacza się w zakażonym ustroju w klasyczny typ Koch'a. Jest to jakgdyby trzeciorzędowy okres zakażenia, gdzie dwa pierwsze okresy nie są rozpoznawane i nie są traktowane jako zakażenie gruźlicze. Zarazek okresu pierwszego, zdaniem Ferran'a, ma cechy podobne do grupy durowo-rzekomo durowo-okrężnicowej.

Jeżeli pozostawimy narazie na uboczu sprawę gruźlicy, to nasuwa się pytanie, czy prątek durowy u siewców i nosicieli, gdzie trwa w ustroju przez całe lata, niemal do śmierci gospodarza, nie zawdzięcza czasem swej odporności wobec wszelkich zabiegów wyjaławiających naturalnych i sztucznych, właśnie kwasoodporności?

Dążąc do przetworzenia całkowitego prątków w postać kwasoodporną, mamy na widoku wyjaśnienie cech chorobotwórczych takiego kwasoodpornego prątka Eberth'a i cech antygenicznych.

Z PRAKTYKI.

Dr. Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Z kliniki kokluszu i kiły wrodzonej u dziecka.

Ze szpitala Karola i Marji dla dzieci.
Lekarz naczelny: Doc. W. Szenajch.

Do najbardziej może ciekawych, a najbardziej po macoszemu traktowanych rozdziałów zakażeń dziecięcych należy bezsprzecznie rozdział o kokluszu. Sprawa ta stoi w związku z trudnością techniczną hospitalizacji kokluszu, a tem samem z usuwającą się z pod oka, jedynie w szpitalu możliwą racjonalną obserwacją kliniczną tej silnie indywidualnej jednostki chorobowej. Jeżeli w zakresie innych chorób zakaźnych z powodu rozmaitości t. zw. *genius epidemicus* panują liczne nieporozumienia wśród lekarzy — to napewno prym pod względem istniejących przesądów panuje w zakresie kliniki kokluszu. Przypadek, który pozwalam sobie opisać, dotyka nietylko zagadnienia kokluszu, ale wchodzi w zakres kiły dziedzicznej i z tego powodu podwójnie budził we mnie chęć podzielenia się obserwacją kliniczną z kolegami i nasuwającemi się refleksjami.

Roman P. lat 13, przybywa do szpitala 31. XII. 1923 z powodu od roku trwającej częstej gorączki, osłabienia, potów i pojawiających się obrzęków nóg. Kaszle od 10 lat. Rodzice dziecka zdrowi. Z rodzeństwa jeden brat młodszy o rok zdrów, dwoje bliźniąt zmarło w trzecim miesiącu życia. Matka dwukrotnie poroniła. Chłopiec w niemowlęctwie karmiony sztucznie, zaczął chodzić w 17 miesiącu życia; z chorób przebył koklusz w 3-im roku



życia i zapalenie płuc „po kokluszu". Dziecko wychowane w mieście. Chodzi do szkoły i dobrze się uczy. Żyje w złych warunkach higjenicznych, gdyż mieszka w jednym bezsłonecznym po-

---

[1]) Fotografje pochodzą ze zbiorów kol. Tadeusza Kopcia. Uważam za miły obowiązek wyrazić Mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie za uprzejme dostarczenie kliszy.

koju, służącym za kuchnię, w którym przebywa 6 osób; śpi w jednem łóżku z ojcem.

Chłopiec znajduje się od roku w ścisłej opiece lekarskiej, leczony specyficznie.

Badanie fizyczne:

Waga ciała 25 kg. — (zamiast 37 kg). Wzrost 1 m. 14 ctm. (zamiast 1 m. 45 ctm.). Obwód klatki piersiowej 71 ctm. — zamiast 66 ctm.). Obwód czaszki 52 ctm. Odżywienie upośledzone, skąpa ilość tkanki tłuszczowej. Zabarwienie policzków sino-różowe, usta, nos, palce rąk i nóg sine. Brak obrzęków. Ciepłota ciała 37,7—39,4°. Budowa kośćca dość silna wykazuje wyraźne ślady przebytej krzywicy. Głowa o charakterze *crâne natiforme*. Piszczele w kształcie klingi pałasza. Klatka piersiowa długa, wystająca ostro ku przodowi, z zagłębieniem łódkowatem na mostku. Pałeczkowate rozszerzenie ostatnich paliczków rąk i nóg (Trommelschlägelfinger).



Gruczoły chłonne na szyi i na karku wielkości grochu, pojedyncze. Z jamy ust przy oddechu wyraźny zapach indolu przykry dla otoczenia.

Tętno 108—120, dobrze napięte, pełne, trudno uciskalne, miarowe. Ciśnienie krwi 90—70 Riva Rocci.

Opukiwanie względnego stłumienia serca stwierdza powiększenie wymiaru podstawy. Koniuszkowe uderzenie w V-em międzyżebrzu na wewnątrz od linji sutkowej lewej.

Klatka piersiowa beczkowato rozdęta. Opukiwanie płuc stwierdza głośny i głęboki ton wypukowy, granice płuc rozszerzone. Dolna tylna granica prawego płuca sięga do 12-go kręgu grzbietowego, przednia dolna granica znajduje się na 7-em żebrze. Granice przy głębszym wdechu słabo ruchome. Po stronie lewej z tyłu od kąta łopatki ku dołowi stłumienie z odcieniem bębenkowym. Okolica ta opóźnia się przy wykonaniu ruchów oddechowych, obwód lewej klatki piersiowej o 3 ctm. krótszy, niż prawej. Stłumieniu odpowiada wzmożone drżenie i przewodnictwo głosowe, szmer oskrzelowy jamisty z licznemi rzężeniami średnio i drobnobańkowemi dźwięcznemi. Nad resztą płuc szmer pęcherzykowy osłabiony, pokryty licznemi świstami i furczeniami.

Duszność wydechowa miernego stopnia (24 oddechy). Wątroba wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego, śledziona niemacalna.

Badanie promieniami Roentgena klatki piersiowej wykazuje jednolite zaciemnienie dolnego płatu lewego płuca o średniem natężeniu. W prawem płucu zmian niema. Przepona obniżona.

Badanie laboratoryjne: plwocina śluzowo-ropna zawiera 1°/₀ białka, cuchnie indolem. Osadza się w naczyniu w 3 warstwach: górną warstwę tworzy pienisto-śluzowa ropa, środkową — surowiczy mętny płyn żółto-zielony, a na samem dnie naczynia zbija się ropa, w której dają się wykryć czopki Diettricha, złożone ze zbitych mikroskopowo stwierdzalnych kryształków tłuszczu. Brak włókien sprężystych. Flora bakteryjna bogata: dwoinki Fränkla, gronkowce, dwoinki kataralne, prątków Kocha nie znaleziono.

Plwocina wstrzyknięta śwince morskiej nie stwierdza na sekcji zmian gruźliczych.

Badanie bakterjologiczne kału na obecność prątków Kocha ujemne.

Krew: Hemoglob: 50°/₀, czerw. ciał. 4.800.000, biał. ciał. krwi 12.600ż wsk. zabarw. 0,52, refr.: 1,3495, Neutrof. polyn. 78°/₀. Przejść. 2,5°/₀. Limf. 18°/₀. Eoz. 1°/₀. c. Türka 0,5°/₀.

Odczyn Wassermanna silnie dodatni. (Odczyn Wassermanna u rodzeństwa ujemny, rodzice *luem negant*).

Odczyn skórny Pirquet'a ujemny.

Mocz bez zmian patologicznych.

Przebieg choroby.

Chory pozostawał przez przeciąg 6 tygodni w obserwacji szpitalnej. Przez pierwsze 3 tygodnie ciepłota ciała była naogół podwyższona o typie nieregularnym w granicach od 37° do 39,5°, nawet do 40°, następnie temperatura trzyma się w granicach od 37° do 38°. Chory kaszle napadowo, wypluwając pełnemi ustami znaczne ilości plwociny śluzowo-ropnej silnie cuchnącej, zwłaszcza w rannej porze w ilości od 20—200 gr. Napady kaszlu i wykrztuszanie plwociny są tem gwałtowniejsze i tem wydatniejsze, im dłuższe są pauzy między napadami.

Opukiwanie płuc stwierdza po stronie lewej poniżej łopatki z tyłu stłumienie z odcieniem bębenkowym, osłuchowo czasami brak oddechu i ledwo rzężenia wilgotne, po kaszlu znowu oddech głośny oskrzelowy i liczne rzężenia dźwięczne.

Wykonywane w częstych odstępach czasu poszukiwania obecności prątków Kocha w plwocinie i kale metodami homogenizacyjnemi antiforminową i Bezançona i Philibert'a wypadają ujemnie. Przybywa na wadze 1 kg., apetyt dobry, sen dobry. Stolec prawidłowy. Leczony podawaniem środków wykrztuśnych odwaniających, równocześnie wcierkami szaruchy à 2 gr. i injekcjami śródżylnemi neosalvarsanu à 0,3 gr. Chory odchodzi 10. II. 1924. z małą poprawą stanu ogólnego, z dodatnim odczynem Wassermanna.

Rozpoznanie nasze brzmiało: *Bronchectasiae post pertussim. Lues congenitalis. Cirrhosis lobi inferioris pulmonis sinistri. Emphysema pulmonum. Dilatatio cordis dextri.*

Do tej pory przez 1½ roku chłopak pozostaje pod moją pozaszpitalną opieką lekarską, lecząc się równocześnie abulatoryjnie u specjalistów wenerycznych, którzy stosowali u niego 5 kursów leczenia specyficznego: chory dostawał w czasie jednego kursu 10 injekcji Quinby (Jod-Chinin-Bismuth) po 2,0 gr. 10°/₀ roztworu i Neosalvarsan à 0,2—0,3 5 injekcji.

Co się tyczy schorzenia płucnego nie zauważono żadnej poprawy. Ognisko jamiste w lewem płucu jest zawsze. W prawem płucu pojawiają się coraz częściej rzężenia wilgotne średnio i drobnobańkowe bez równoczesnych zmian wypukowych. Duszność stała, której towarzyszy sinica. Ciepłota naogół podwyższona w granicach do 38°. Od czasu do czasu stany zaostrzenia, polegające na wyższem podniesieniu ciepłoty, na przyśpieszeniu tętna, zwiększeniu duszności i występowaniu wyraźnych obrzęków na obu nogach. Dziecko wypluwa w napadowym kaszlu zawsze wielkie ilości plwociny śluzowo-ropnej, cuchnącej, z bogatą florą bakteryjną, bez prątków Kocha. Odczyn Wassermanna utrzymuje się uparcie dodatnio.

Dn. 18. VI. 1925 przyjęty do szpitala z powodu znacznego pogorszenia i wysokiej temperatury przekraczającej 39°. Chory doznaje silnych bólów w lewem śródpiersiu, zdradza wielki niepokój i wykazuje znaczną sinicę. Badanie stwierdza przyspieszenie tętna 144 i powiększenie stłumienia serca. Podstawa stłumienia sięga do linji pachowej lewej aż po linję sutkową prawą, wierzchołek stłumienia sięga do okolicy rękojeści mostka. Po 4 dniach zejście śmiertelne.

Sekcja stwierdza: rozszerzenia oskrzeli wielkich, średnich i drobnych walcowate i mieszkowate *(Bronchiectasiae cylin-*

dricae et sacciformes), płuca lewego, szczególnie dolnego płatu, otoczone zbitą stwardniałą warstwą tkanki płucnej. Jamki oskrzelowe wypełnione krwawo-ropną cuchnącą treścią. Rozedma płuca prawego i skąpe rozszerzenie oskrzeli walcowate dolnego płatu w głębi miąższu płucnego. Liczne zrosty opłucnowe prawego i lewego płuca. Ropne zapalenie osierdzia z obfitym zielono-żółtym wysiękiem. Obrzęk śledziony. Rozszerzenie i przerost prawego serca. Zwyrodnienie miąższowe narządów.

Omówienie: Zestawiając obraz kliniczny stwierdzamy, że mieliśmy za przedmiot obserwacji klinicznej chłopca 13-letniego, wykazującego znamiona (stygmata) kiły wrodzonej z dodatnim odczynem Wassermanna. Chłopiec w 3-im roku życia przebył koklusz z zapaleniem płuc i od tego czasu kaszle napadowo, wykrztuszając dużo ropnej plwociny. Badanie stwierdza znaczne rozszerzenie oskrzeli płuca lewego z marskością płuca, „wyrównawczą“ reszty płuca. Chory znajduje się przez 2½ roku w leczeniu przeciwkiłowem, które nie wpływa dodatnio na poprawę procesu płucnego, u chorego rozwija się niedomoga serca z przerostem prawego serca. Po 2½ rocznej obserwacji chłopiec umiera. Sekcja zwłok stwierdza rozszerzenie oskrzeli i ropne zapalenie osierdzia.

Przypadek nie przedstawiał wielkich trudności rozpoznawczych. Obecność zniekształceń Hipokratesowych palców rąk i nóg, badanie fizykalne klatki piersiowej z typowemi objawami wybuchowego kaszlu, i typowej plwociny, w której nigdy nie stwierdzono prątków Kocha — kazało sprawę płucną uważać za przewlekłe zapalenie płuc z rozszerzeniami oskrzeli. Jest to obraz chorobowy tak często napotykany, iż Hutinel nie waha się powiedzieć, że jak niema u dziecka przewlekłego rozszerzenia oskrzeli bez równoczesnego odoskrzelowego zapalenia płuca w najbliższem sąsiedztwie, tak niema u dziecka przewlekłego zapalenia płuc odoskrzelowego, któremuby nie towarzyszyło równocześnie większe lub mniejsze rozszerzenie kanalików oskrzelowych. Również ropne zapalenie osierdzia nie sprawiało trudności rozpoznawczych ani nie było czemś nieoczekiwanem na sekcji.

Trudności rozpatrywania danego przypadku zaczynają się z chwilą usiłowania podjętego kierunku rozwiązania zagadnienia etjologji sprawy płucnej i rozstrzygnięcia, jak dalece w przypadku opisanym przyczyną złośliwego przebiegu sprawy był koklusz i jego mieszane infekcje, a w jakim stopniu mogła przyczynić się do przebiegu sprawy chorobowej kiła i jej wrodzony charakter.

Armand Delile, Robert J. Levy i Julien J. Marie przytaczają w studjum swojem o postaciach klinicznych rozszerzenia oskrzeli u dzieci 14 wyciągów z historji chorób.

Obserwacje tyczą się dzieci w wieku od lat 4 do 13. Z protokułów przytoczonych wynika, że w 5-iu przypadkach rozszerzenia oskrzeli czynnikiem etjologicznym było przewlekłe zapalenie płuc, w 5-u koklusz z zapaleniem płuc, w dwóch gruźlica, w dwóch — kiła wrodzona. W ogromnej większości przypadków chorzy podlegali poprzednio mylnemu rozpoznaniu lekarzy, którzy w 9-u razach na podstawie łudząco podobnego obrazu klinicznego stwierdzali u chorych dzieci fałszywie gruźlicę płuc. Komu znana jest klinika rozszerzenia oskrzeli ten z łatwością zrozumie, jak łatwo można w tym wypadku popełnić pomyłkę rozpoznawczą, jeżeli się nie dość ufnie wierzy w wartość djagnostyczną cierpliwego i sumiennego badania bakterjologicznego na obecność prątków Kocha i jeżeli się nie dość konsekwentnie pragnie z ujemnych wyników tego badania wyciągnąć pozytywne wnioski kliniczne. Komu z drugiej strony znana jest klinika kokluszu, ten również z łatwością pojmie, jak właśnie najcharakterystyczniejszą cechą kliniczną krztuśca jest łudzące podobieństwo jego przewlekłego i groźnego obrazu chorobowego z obrazem gruźlicy, a temsamem z obrazem rozstrzeni oskrzelowych.

I nietylko o podobieństwo chodzi, ale właśnie o częstość współistnienia rozstrzeni oskrzelowych w przebiegu kokluszu. Podobieństwo polega na klinicznym wspólnym obrazie przewlekłego zapalenia płuc z charakterystycznem, latami się utrzymującem, zwykle w dolnem płacie płucnym, ogniskiem drobnych, półdźwięcznych, wilgotnych rzężeń pęcherzykowych. Obrazowi temu odpowiada często, ale bynajmniej nie zawsze, wybuchowy kaszel z obfitą wydzieliną ropną i oprócz tego obecność pałeczkowatych zniekształceń palców.

Niewielkie i głęboko położone wśród mało zmienionej tkanki płucnej rozszerzenia oskrzeli nie dają żadnych objawów fizykalnych. Te ostatnie występują dopiero wtedy, jeżeli rozszerzenia są duże, powierzchownie umiejscowione i otoczone zbitą stwardniałą tkanką płucną. Rozszerzenia pałeczkowate palców są oczywiście również późnym dopiero objawem, następowym już rozwiniętych rozszerzeń, podobnie jak nieżyt gnilny oskrzeli. Z podobieństwa objawów klinicznych wynikają trudności rozpoznawcze początkowych rozstrzeni oskrzelowych. Trudności te w znakomitej mierze usuwają nowe metody badania radjologicznego z pomocą wprowadzania lipjodolu do oskrzeli. Jeżeli chodzi o częstość współistnienia kokluszu i bronchiektazji, to oczywiście samo badanie radjologiczne nawet z pomocą lipjodolu nie wystarcza do ustalenia przekonania, że współistnienie takie ma miejsce. Na to potrzebne jest wytrawne, na latach wytrwałej obserwacji kokluszu oparte doświadczenie kliniczne, jakoteż znajomość mechanizmu anatomicznego powstawania jam oskrzelowych. Tak jedno jak i drugie doświadczenie i rozważanie w tym kierunku umożliwia zrozumienie istnienia koniecznego związku etjologicznej częstości kokluszu w przebiegu rozszerzenia oskrzeli. I tak klinika kokluszu, z którą miałem sposobność zaznajomić się przez trzechletnią służbę asystencką na oddziale Prym. Pospischilla w Wiedniu, przekonała mię nietylko o racjonalnem i niezłomnem jego przeświadczeniu, że w ogromnej większości wszystkich przewlekłych zapaleń płuc u dzieci rolę pierwotnego momentu etjologicznego odgrywa koklusz i cała mozajka następczych mieszanych zakażeń w przebiegu kokluszu, ale obserwacja kliniczna przekonała mię także dowodnie o istotnej częstości stwierdzanych na sekcji w przebiegu zapaleń płuc kokluszowych istniejących rozszerzeń oskrzeli. Anatomja patologiczna uczy, że jak wiekowi starszemu właściwa jest specjalna podatność ścian oskrzeli d'a rozwinięcia rozstrzeni oskrzelowych z powodu utraty elastyczności tkankowej, tak wiekowi dziecięcemu wspólna jest ta sama podatność z powodu cienkości subtelnych ścian ciśnienia wydechowego lub ciśnienie spowodowane przez zalegającą wydzielinę zapalną, towarzyszącą długotrwałemu procesowi zapalnemu, może przyczyniać się do rozmiękczenia i rozluźnienia zbitości tkanki oskrzelowej.

Tak więc wracając do studjum Armanda Delille'a i autorów francuskich można na podstawie przytoczonych wyżej rozważań przypuścić, że jakkolwiek w tych 5-u przypadkach etjologicznym momentem rozszerzenia oskrzeli było długotrwałe zapalenie płuc, bez wyraźnych wskazań anamnestycznych w kierunku kokluszu, to jednak niepozbawiona prawdopodobieństwa istotną przyczyną pierwotną owego zapalenia płuc było nie co innego, jak tylko koklusz, który z czasem utracił oczywiście swój charakterystyczny na początku kaszel spazmatyczny. Do przypuszczenia tego ośmiela nas okoliczność, że wspomniane przypadki miały charakter podobny do gruźlicy i za gruźlicę uchodziły, (póki na oddziale autora rozpoznanie właściwe nie zostało ustalone). Otóż właśnie ów „gruźliczy“ charakter tak bardzo nam za etjologją kokluszu przemawia. Gdybyśmy taką poprawkę przyjęli, to na 14 przypadków Arm. Delille'a w 10 przypadkach rolę etjologiczną odegrał koklusz, w 2 gruźlica, a w 2 ostatnich kiła wrodzona. W 2 przypadkach rozszerzeń oskrzelowych, opisanych przez wspomnianych autorów rolę etjologji odgrywa kiła wrodzona.

Otóż nawiązując do naszego przypadku, niewątpliwą zasadniczą rolę w rozwoju rozszerzeń oskrzeli musiało odegrać owo ciężkie zapalenie płuc, przebyte w 3-im roku życia „po kokluszu“.

Oczywiście jak ten, kto używając pojęcia zapalenia nerek poszkarlatynowego, wyrządza mimowoli pewnego rodzaju krzywdę indywidualności tej choroby, podobnie przez używanie anamnestycznego powiedzenia „po kokluszu“ — należy przecież rozumieć, że chory nasz w jawnym związku z kokluszem przebywał swoje ciężkie zapalenie płuc, którego epilog mieliśmy sposobność w 13-ym roku życia śledzić. Było to więc *par excellence* kokluszowe zapalenie płuc, a nie „po kokluszu“, jak jest gruźlicze zapalenie opon mózgowych albo opłucnej, a nie po gruźlicy, albo durowe zapalenie mięśnia sercowego, a nie podurowe. Koklusz więc był istotą zapalenia płuc u chłopca już w 3-im roku życia; proces ten toczył się chronicznie z większemi i mniejszemi zaostrzeniami, podlegał różnym zakażeniom mieszanym i odmianom anatomopatologicznym. Odmianą taką było zapalenie okołooskrzelowe *(peribronchitis)*, były powoli się rozwijające bronchectazje, były zapalenia opłucnej, których ślady pozostały w zrostach opłucnej. Jamy oskrzelowe stanowiły nieustający rezerwoar zakaźny, bogaty w florę bakteryjną ropotwórczą, która z łatwością dostała się drogą krwi do osierdzia powodując jego ropne zapalenie. Mielibyśmy więc w tym wypadku pewnego rodzaju odmianę późnej pertussispyaemji (ropnicy kokluszowej). Pertussis było przyczyną rozszerzeń oskrzeli; te ulegały ciągłym nowym zakażeniom mieszanym, prowadząc wreszcie przy równoczesnej niedomodze mięśnia sercowego do zakażenia śmiertelnego. Oczywiście odróżniać należy tę późną nietypową postać piemji kokluszowej od typowej właściwej wiekowi oseska, w której przebiegu do spostrzeganych obrazów charakterystycznych należy ropne zapalenie osierdzia jako wyraz zakażenia wtórnego w przebiegu kokluszu. U oseska, jak wiadomo, każde zakażenie okazuje wybitną zdolność do generalizacji — nic dziwnego, że i w przebiegu tak ciężkiego zakażenia jak koklusz do niektórych zejść tej infekcji należy ropne zapalenie osierdzia, mniej częste niż ropne zapalenie opłucnej.

Jeżeli nie ulega wątpliwości, że rola kokluszu w opisanym śmiertelnym przypadku była w znaczeniu etjologicznem pierwszorzędna — to z drugiej strony wypada zadać sobie pytanie, czy

drugie zakażenie nie mniej groźne, jakiem jest kiła, miało jaki wpływ na przebieg choroby. Oczywiście, jakkolwiek dociekanie takie jest trudne, to jednak nie można w tym kierunku zadowolnić się banalnem przypuszczeniem jakiegoś zachodzącego pospolitego sumowania się dwóch jadów infekcyjnych, które na spółkę zabijają organizm.

Przed 2-a laty opisałem w Pedjatrji Polskiej przypadek kiły wrodzonej ze zmianami w narządach wewnętrznych u 13-letniego dziecka gruźliczego. Był to przypadek niegruźliczej marskości płuca lewego z rozszerzeniami oskrzeli u dziecka, które równocześnie miało próchnicę kości gruźliczą i cały szereg krzywiczych zniekształceń kości i wrodzonych zwyrodnień w związku z serologicznie stwierdzoną kiłą dziedziczną. Otóż w przypadku wspomnianym mnóstwo blizn skórnych i kostnych po przebytych sprawach ropnych i daleko posunięte zbliznowacenie płuca lewego nasuwały mimowoli zagadnienie roli kiły w procesach marskości. Jak wiadomo sprawa ta jest jeszcze ciągle dosyć otwarta. Letulle i Sengent wykazali wbrew wszelkim sporom realność i częstość występowania procesów bliznowatych w narządach wewnętrznych pod wpływem kiły. Queyrat podobnie jak Manoncéliau wykazali obecność krętka kiłowego w zmianach bliznowatych narządów. Zwolennicy tych autorów nie twierdzą, aby absolutnie wszyscy chorzy ze zmianami włóknistemi byli koniecznie syfilitykami. Rozumieją oni, że pewien procent procesów marskości przypadać musi na rachunek gruźlicy, alkoholizmu, niemniej uważają oni za niedopuszczalne, aby spychać wybitną rolę kiły w tym kierunku na plan drugi. Maurice Renaud opierając się na statystyce nie widzi, aby modne dziś dopatrywanie się związku między kiłą i procesami chorobowemi włóknistemi miało być usprawiedliwione. Pinard domaga się w takim razie wskazania innego czynnika etjologicznego w tym względzie i w ciętej polemice broni teorji Sergent'a i Letulle'a.

W naszym przypadku chłopak przedstawiał obraz wczesnej krzywicy kości czaszki tak znamienny dla kiły wrodzonej. Mimo energicznie prowadzonej kuracji specyficznej odczyn serologiczny Wassermanna utrzymywał się z charakterystycznym dla kiły wrodzonej uporem.

Wreszcie daleko posunięte zbliznowacenie ze skurczeniem płuca lewego i „zastępczą" rozedmą płuca prawego przypomina wspomniany drugi opis kiły dziedzicznej u dziecka 13-letniego i odpowiada teorji autorów francuskich. Tendencja tworzenia tkanki łącznej bliznowatej może być znamienna w przypadkach naszych dla kiły i jako taka może uchodzić za fakt, który u naszych chorych prawdopodobnie miał miejsce. Niemniej jak wogóle różne znaczenie może posiadać rozwój tkanki łącznej bliznowatej w narządach wewnętrznych, tak i w naszym przypadku niepodobna ocenić w jakim stopniu fakt ten mógł wpływać dodatnio lub ujemnie na proces chorobowy płucny. Być może, że wpływał do pewnego stopnia korzystnie, zabliźniając procesy zapalne w pęcherzykach płucnych i przedłużając przez to życie chorego. Być może również, że przeciwnie częste bliznowacenie tkanki płucnej stwarzało moment mechanicznego pociągania i rozrywania ścian oskrzeli i przez to samo przyczyniało się do powiększania jamek bronchektatycznych. Bez tego mechanicznego momentu być może, że kokluszowe rozstrzenie byłyby uległy wyleczeniu, jak to nieraz Pospischill obserwował. Pozatem zabliźnienie wielkiego obszaru tkanki płucnej przyczyniało się w znacznym stopniu do przerostu serca, którego siła zapasowa do czasu tylko była zdolna do kompensacji.

Piśmiennictwo:

1) V. Hutinel. Les maladies des enfants. T. IV. 1919. Paris. — 2) Pospischill Dionys. Ueber Klinik und Epidemiologie der Pertussis. Berlin. Karger 1921. — 3) P. F. Armand Delille, R. Levy et J. Marie. Revue franc. de Pédiatrie. T. I. Nr. 2. 1925. — 4) Marcel Pinard. Presse Médicale. Nr. 19. 1924. — 5) M. Renaud. Presse Médicale. Nr. 15. 1924. — 6) Sergent. Les grands syndromes respirat. Doin. 1924. — 7) Mikułowski. Pedjatrja Polska. 2. 3. T. IV. 1924. — 8) Mikułowski. Pedjatrja Polska 2. 3. T. VI. 1925.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. ANNA MARGOLISOWA. Łódź.

Szczepienia ochronne przeciw gruźlicy.

Bakterjolog angielski Wright jest zdania, że do głównych zadań lekarza przyszłości należeć będą szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym. Zbliżamy się istotnie do tego okresu. Coraz więcej chorób zakaźnych zostaje etjologicznie wyjaśnionych, powstają nowe metody szczepień zapobiegawczych. Wystarcza przypomnieć o szczepieniach durowych, cholerycznych, o metodach uodparniania czynnego za pomocą toksyny-antytoksyny, o stosowaniu anatoksyny w celach zapobiegania błonicy i czerwonce, wreszcie o szczepieniach przeciwbłonicowych i przeciwgruźliczych. Metody te naogół od niedawna są stosowane: dopiero doświadczenie wieloletnie wykaże nam, czy spełnią one pokładane nadzieje, czy zabezpieczą ludzkość od plagi chorób zakaźnych, tak, jak odkrycie Jennera wytępiło ospę.

Otrzymane już wyniki niezawsze są oparte na przesłankach teoretycznych, niezawsze są poparte doświadczalnie. Odkrycie Jennera było empiryczne, było naśladownictwem spostrzeżenia, że przebycie ospy krowiej zabezpiecza od przebycia ospy ludzkiej; a jakkolwiek do dziś dnia zarazek ospy nie jest znany, skuteczność uodpornienia przeciwko niej jest niewątpliwa.

W odróżnieniu od chorób zakaźnych ostrych, przeciw którym szczepienia ochronne mają zabezpieczać pełną odporność swoistą, przynajmniej na czas pewien, od szczepień ochronnych przeciwgruźliczych oczekujemy odporności względnej, którą osiągnąć można przez przebycie zakażenia łagodnego.

Spostrzeżenia kliniczno-statystyczne po raz pierwszy podane przez Reybmeyera (1899 r.) głosiły, że wśród członków rodzin, u których gruźlica powtarzała się w kilku pokoleniach, przebieg choroby i zejście są łagodniejsze, aniżeli wśród rodzin, dotąd przez gruźlicę oszczędzanych.

Badania późniejsze wykazały, że całe narody ,żyjące zdala od źródeł zakażenia, jeśli się w pewnem pokoleniu zetkną z lasecznikiem Kocha, chorują ciężej, przebieg schorzenia jest szybszy, najczęściej śmiertelny.

Doświadczalnie dowiódł tego Robert Koch; dowiódł, że przebycie zakażenia łagodnego chroni od ciężkich skutków zarażeń następnych. Doświadczenie to, znane pod nazwą fenomenu Kocha, stanowi podwalinę wszystkich usiłowań szczepienia zapobiegawczego przeciw gruźlicy. Istotę jego stanowi następujące spostrzeżenie: doskórne zaszczepienie morskiej śwince zawiesiny laseczników gruźlicy — wywołuje po 8—15 dniach powstanie grudki nacieczenia, która w trzecim tygodniu staje się owrzodzeniem, powoduje obrzmienie gruczołów okolicowych; owrzodzenie nie goi się aż do śmierci zwierzęcia. Inaczej przebiega szczepienie świnki, która poprzednio już była gruźlicą zarażona. Wówczas widzimy już po 24 godzinach na miejscu szczepienia odczyn zapalny, który potęguje się w ciągu trzeciego dnia: tkanka ulega zgorzeli, poczem następuje sekwestracja zniszczonej tkanki z wydalaniem laseczników i owrzodzenie goi się zupełnie. Doświadczenie Kocha jest dowodem, że po przebyciu zarażenia nie śmiertelnego, stosunek laseczników gruźlicy do danego ustroju ulega zmianie zasadniczej; wyjaśnia ono, że powstaje tu odporność przeciwgruźlicza przez przebytą gruźlicę, przez uczulenie swoiste na zarazek gruźliczy, przez allergję. Polega ono na wyćwiczeniu komórek ustroju do szybkiego wytwarzania ciał humoralnych, które zależnie od ich własności nazwano: lizynami t. j. ciałami, które mają rozpuszczać bakterje; precypitynami, które zlepiają w grudki laseczniki; lipazami, mającemi rozpuszczać tłuszcz w otoczce lasecznika; lub antytoksynami, mającemi zobojętniać jady lasecznika. Być może, że temu samemu wyćwiczeniu ulegają dzięki zakażeniu pierwotnemu i komórki fagocytujące, więc monocyty, ciałka wielojądrzaste, komórki układu śródbłonkowo-siateczkowego oraz ruchome komórki tkanki łącznej, histjocyty; zdaje się, że te właśnie komórki fagocytujące są miejscem wytwarzania ciał obronnych cieczowych.

Każdorazowe zetknięcie się ustroju uczulonego z pasorzytem mobilizuje szybko i mniej lub więcej skutecznie swoiste siły obronne. Ilość i zjadliwość laseczników użytych gra wielką rolę przy zakażeniu pierwszem, gdzie zbyt wielka ilość lub mocna zjadliwość może doprowadzić bezpośrednio do śmierci, jak i przy reinfekcji, gdzie te same warunki mogą okazać się silniejszemi od sił obronnych. Odróżniając, zgodnie z Nitschem, odporność swoistą od odporności, t. j. od sił konstytucyjnych nieswoistych, zawsze pamiętać należy, że powstanie i stopień odczynu na zakażenie, czyli odporność swoista, zależy w stopniu znacznym od tej wrodzonej oporności.

Osiągnięcie uodpornienia przez uczulenie daje się stwierdzić najprościej metodami klinicznemi przy użyciu płynu swoistego, t. zw. tuberkuliny.

Poznanie faktu powstawania odporności swoistej po przebyciu zakażenia łagodnego stanowiło bodziec do poszukiwania metod uodparniania sztucznego, przy użyciu laseczników o wiadomym stopniu zjadliwości; tą drogą starano się uzyskać sztucznie ten stopień odporności, który zabezpiecza ustrój od skutków zarażenia naturalnego. Istnieją próby osiągnięcia uodpornienia posiłkujące się hodowlami laseczników zabitych. Możność wytwarzenia tą drogą odporności nie jest dowiedziona. Jakkolwiek naturalne powstanie odporności gruźliczej zależy od obecności żywych laseczników i wytworów ich życia, jednak badania histopatologiczne Pruddena jeszcze z r. 1891 wykazały, że zabite

lub zdenaturowane laseczniki mogą wywołać u świnki morskiej zmiany histologiczne, niczem nie różniące się od gruzełka swoistego. Badania te zostały potwierdzone przez Ungermana, który widział u zwierząt doświadczalnych, po zastosowaniu dożylnem lub dootrzewnowem hodowli zabitej, zlewające się ogniska pneumoniczne, nie różniące się niczem od swoistych.

Bessau'owi udało się w r. 1916 wywołać po zastosowaniu u morskiej świnki hodowli zabitej — dodatni odczyn tuberkulinowy. Langer w r. 1924 donosi, że powstaje odczyn tuberkulinowy u niemowląt, którym zaszczepiono zabitą hodowlę szybkorosnących młodych laseczników. Doświadczenia jego obejmują 41 przypadków niemowląt, niewrażliwych na tuberkulinę; u 35 z nich zaszczepienie hodowli Langera wywołało po kilku tygodniach dodatni odczyn tuberkulinowy, mający, zdaniem autora, wszystkie cechy prawdziwego odczynu tuberkulinowego, a nie odczynu anafilaktycznego na białko bakteryjne. Doświadczenia Langera, że za pomocą zabitych hodowli można wywołać przestrojenie ustroju w sensie wytworzenia allergji i tem samem rzekomo czynnego uodpornienia, zostało potwierdzone przez kilku innych autorów: Moro, Ballinta, Klotza, Feddersa. Czy jednak wytworzona przez zabite bakterje odporność zabezpiecza od zjadliwego zakażenia lasecznikiem żywym i w jakiem stopniu — jest to pytanie na które dalsze dopiero spostrzeżenia odpowiedzą. Zarażenie hodowlą zjadliwą świnek morskich, uodpornionych sposobem Langera, nie zabezpieczyło ich od śmierci, a przedłużyło czas choroby. Doświadczenia powyższe mówią o możności wywołania nadwrażliwości na tuberkulinę drogą stosowania zabitych hodowli, które, o ile są przez ustrój rozłożone, działają jak endotoksyny. Byłoby to działanie uczulające na tuberkulinę za pomocą tych endotoksyn, powstających w ustroju z zabitych bakterji, ale nie działanie uodparniające przeciw żywym lasecznikom Kocha.

Oddawna było dążeniem badaczy sztuczne wywołanie odporności przeciwgruźliczej za pomocą hodowli żywych, ale niezjadliwych. Czynione w tym celu liczne próby z hodowlami osłabionemi za pomocą działania wysokiej ciepłoty, środków chemicznych, promieni świetlnych, dalej z hodowlami osłabionemi, przez starzenie nie dały wyników zadawalających.

Pierwsze dodatnie wyniki otrzymał Behring w r. 1902 przez szczepienie jałówek hodowlą laseczników zjadliwych dla ludzi, mało zjadliwych dla bydła. Metoda ta szybko rozpowszechniła się we wszystkich prawie krajach Europy i Ameryki; z czasem okazało się jednak, że wprawdzie bydło szczepione nabywało odporności na zakażenie powtórne, trwającej kilka miesięcy, natomiast szczepienia te okazały się bardzo niebezpiecznemi dla człowieka. Laseczniki gruźlicy pozostawały żywymi w gruczołach cieląt, były wydzielane bądź przez mleko, bądź z innymi wydalinami zwierząt (kał, mocz), i były rozsiewane w oborach i na fermach. Z tego względu jenneryzacja bydła zabroniona została do użytku publicznego.

Moellter i Friedman próbowali stosować w celu uodparniania laseczniki paragruźlicze i dżdżownicy i laseczniki trawy tymotejki, nie mające własności wytworzenia gruzełków, ale laseczniki te nie wywoływały uodparniania u ssaków.

Ferran, który zajmował się pleomorfizmem laseczników Kocha, twierdzi że lasecznik Kocha powstać może przez mutację pałeczek niekwasoodpornych znajdywanych w jelitach. Gruźlica, podług Ferrana, byłaby schorzeniem wywołanem przez bakterje w rodzaju las. okrężnicy, zamienione w pałeczkę kwasoodporną. Jego zdaniem, wystarcza wywołać odporność ustroju przeciwko tym bakterjom, jedną z których nazwał on alfą, żeby zabezpieczyć ustrój od gruźlicy. Stosował on swoją szczepionkę „Antialfa", ale bez skutku. Jeśli widziano jej jakieś działanie, to było to działanie proteiny bakteryjnej, pobudzające fagocytozę. Jedynie próby z zarazkami żywymi dawały wyniki godne uwagi; związane były one jednak zawsze z niebezpieczeństwem, jeśli nie dla osobnika szczepionego, to dla otoczenia (jak przy jenneryzacji).

Nową erę w dziedzinie prób uodparniania czynnego stanowią doświadczenia Calmette'a, i jego szkoły, które zostały uwieńczone pewnemi pozytywnemi wynikami. Poszukiwali oni metod osłabienia zjadliwości lasecznika, któreby jednak nie pozbawiały go żywotności i swoistości; dążyli do tego, by szczepy otrzymane przy rozmnażaniu się zachowywały stale sztucznie wyhodowane własności i tego osiągnęli. Ten szczegół zasługuje na podkreślenie, albowiem wszystkie doświadczenia poprzednie z lasecznikami złagodzonemi wymagały za każdym razem ponownego łagodzenia laseczników zjadliwych. Calmette stworzył niejako nową odmianę lasecznika, który potomstwu przekazuje pewne stałe cechy. Osiągnął on tego przez wielokrotne przeszczepianie lasecznika bardzo zjadliwego typu bydlęcego na podłożu alkalicznem z kartofla gotowanego w żółci z 5% glyceryną. Laseczniki ulegały wpływowi alkalicznego podłoża, bogatego w lipoidy, zjadliwość ich przy zachowanej żywotności stopniowo słabła i po upływie lat czterech i po 80 przeszczepieniach hodowle straciły swoją zjadliwość dla morskiej świnki, krowy i małpy, ale były jeszcze zjadliwe dla człowieka. Dopiero po upływie lat 13 i po 230 przeszczepieniach hodowla całkowicie straciła zjadliwość dla zwierząt i dla człowieka. Szczep ten dziedzicznie utracił zdolność wytwarzania gruzełków. Przeszczepiony na zwykłe podłoże, t. j. na kartofel z glyceryną, nabierał on powrotnie własności wytwarzania tuberkuliny, ale pozostawał niechorobotwórczym dla najwrażliwszych zwierząt. Szczep ten nazwali Calmette i Guerin szczepem BCG, co znaczy Bacille Calmette-Guerin. Użyli go do uodparniania czynnego. Stosowana dożylnie, podskórnie lub doustnie u osobników niedotkniętych gruźlicą, hodowla BCG wywołuje odporność przeciwgruźliczą, polegającą na tem, że cały układ gruczołowy jest jakby zaczopowany przez żywe niezjadliwe laseczniki, nie mające zdolności wytwarzania gruzełków, ale pobudzające ustrój do wytwarzania przez czas jakiś obronnych ciał swoistych. Wyobrazić sobie możemy, że lasecznik z hodowli BCG, który dostał się do gruczołu chłonnego, nie wytworzył tam zmian histopatologicznych swoistych w postaci komórki olbrzymiej, lecz przyczynił się tylko do wytworzenia skupienia limfocytów. Myśl o wartości zapobiegawczej laseczników nieczynnych, zawartych w gruczołach chłonnych, znajdujemy już u Bartla, który nawet używał emulsji z gruczołów gruźliczych w celach zapobiegawczych, przypisując limfocytom własności uodparniające.

Następstwa dalsze po zastosowaniu szczepionki BCG należy sobie wyobrazić w ten sposób, że z biegiem czasu laseczniki zostają wydalane z ustroju, a z chwilą ich wyeliminowania odporność znika i szczepienie należałoby odnowić. Te wydalane laseczniki jako niezjadliwe nie są szkodliwe dla otoczenia.

Doświadczenia ze szczepem BCG na zwierzętach laboratoryjnych dały wyniki bardzo zachęcające; wykazały, że szczepienia nie są szkodliwe, że wytwarzają odporność na zakażenia wtórne szczepem zjadliwym, który u zwierząt nieszczepionych wywoływał gruźlicę rozsianą i zgon. Odporność u królików trwała około 6 miesięcy; nie zależała ona od dawki podanej szczepionki, ale była w związku ze sposobem podania. Przy stosowaniu podskórnem i dootrzewnowem wyniki były mniej pewne, niż po podaniu dożylnem. Wychodząc z założenia że błona śluzowa u zwierząt nowonarodzonych jest przepuszczalna dla bakterji, Calmette podawał królikom szczepionkę BCG doustnie i stwierdził, że wynik nie ustępuje metodzie stosowania dożylnego. Ilość ciał ochronnych w surowicy zwierząt uodparnianych była przy obu sposobach jednakowa. Różnica polegała tylko na tem, że przy stosowaniu dożylnem lub podskórnem występował odczyn tuberkulinowy, którego nie stwierdzano przy podawaniu doustnem. Przyczyny tej różnicy Calmette nie podaje, a sam fakt jest tem dziwniejszy, jeśli ilość ciał ochronnych w surowicy była jednakowa.

Dalsze doświadczenia ze szczepem BCG były wykonywane na bydle. Przy wielkiem rozpowszechnieniu gruźlicy wśród krów, rzeczą pierwszorzędnej wagi byłoby znalezienie sposobu szczepień ochronnych. Calmette stanął przed zagadnieniem następującem: czy można zapobiec gruźlicy cieląt w oborach, gdzie panuje gruźlica, przez systematyczne stosowanie im szczepień ochronnych w pierwszych dniach życia, nie zmieniając przytem warunków ogólnych życia obory.

Do r. 1926 zaszczepiono we Francji, Niemczech, Holandji i Belgji 3050 krów. Szczepienia powtarzano co rok, tak, że niektóre cielęta były po 2 i 3 razy szczepione. Żadne ze szczepionych zwierząt na gruźlicę nie zapadło, rozwijały się one prawidłowo. Sekcje laboratoryjne tych zwierząt wykazały brak zmian gruźliczych. Szczepione zwierzęta rzadko dawały odczyny tuberkulinowe, jakkolwiek szczepienia wywoływały niewątpliwą odporność na zakażenia, którym w oborze ulegały. Zdaniem Calmette'a należy wogóle wystrzegać się stosowania u osobników szczepionych tuberkuliny w celach rozpoznawczych, ponieważ może ona uczulić ognisko siedziby laseczników i tem wywołać jego uczynnienie się.

W celu sprawdzenia, czy szczepione cielę nie uległo czynnej reinfekcji, jakkolwiek ulegało niewątpliwie inwazji laseczników, Calmette szczepił morskim świnkom roztarte gruczoły tych cieląt z wynikiem ujemnym. Szczepienia ochronne bydła przy pomocy BCG są obecnie we Francji powszechnie stosowane.

Rzecz prosta, że przytoczone wyniki zachęciły autorów do wypróbowania BCG u ludzi. Szczeblem przejściowym były próby na małpach. Z doświadczeń wykonanych na 74 małpach, częściowo w Kindji, częściowo w Paryżu przez Calmette'a wynika, że szczepienia BCG są dla małp zupełnie nieszkodliwe, nigdy u nich choroby nie wywołują, uodporniając ją przeciwko zakażeniu przez laseczniki zjadliwe. Ta odporność sztuczna trwa u małp około półtora roku, poczem szczepienia mogą być powtarzane.

Doświadczenia na ludziach rozpoczęli autorzy w r. 1921. Wyniki tych szczepień otrzymane aż do r. 1926 zostały już ogłoszone.

Szczepienia rozpoczęto przedewszystkiem u noworodków, pochodzących od matek gruźliczych. U noworodków dlatego, że po 1) przez pierwsze dni życia nietrudno ochronić noworodka od zakażenia naturalnego (wyłacza się tu bardzo rzadkie przypadki gruźlicy wrodzonej), po 2) dlatego, że w pierwszych dwu tygodniach życia błona śluzowa jelit noworodka jest dla bakterji przepuszczalna. Noworodki te po zaszczepieniu w miarę możności usuwano z otoczenia chorej matki i umieszczano w przytułkach; w większości przypadków jednak pozostawiono je w warunkach zwykłych, polecając chorej matce środki ostrożności, by dziecko uodparniane mogło uniknąć zakażenia wtórnego.

Pierwsze dziecko zaszczepione w r. 1921 było narażone na zakażenie domowe przez babkę chorą na gruźlicę otwartą. Zniosło ono szczepionkę bez szkody i nie zapadło na gruźlicę.

W r. 1922 rozpoczął Calmette szczepienia w rozmiarach większych. Uodporniono 217 noworodków, podając im doustnie trzeciego, piątego, siódmego, lub piątego, siódmego i dziewiątego dnia życia po 6 mg. szczepionki. Aż do czerwca 1924 r. z liczby dzieci tak uodpornionych pozostało pod kontrolą 138, z tych umarło 15; w żadnym przypadku nie można było podejrzewać istnienia gruźlicy. Śmiertelność tej grupy dzieci wynosiła 8,4%, więc była znacznie niższa od ogólnej śmiertelności tego wieku.

Na wielką skalę rozpoczęto we Francji szczepienia w r .1924. Do 1-go stycznia r. 1926 zaszczepiono 5183 noworodków; wszystkie protokoły szczepień odsyłane były Calmett e'owi. W żadnym przypadku szczepienie nie wywołało powikłań. Niemowlęta znosiły je doskonale. Dawki zostały podniesione do 10 mg. trzy razy podane doustnie.

Ażeby zorjentować się w wynikach szczepienia ochronnego autorzy starali się zebrać dane porównawcze, tyczące śmiertelności niemowląt, do pierwszego roku życia, które były poddane szczepieniu i śmiertelności nieuodparnianych. Zebrano wiadomości o 1317 dzieciach uodpornionych; z tego 586 dzieci było w zetknięciu z gruźlicą otwartą. Zgonów wśród tych wszystkich dzieci zarejestrowano 107, przy czem 96 naskutek chorób różnych, tylko 11 z powodu gruźlicy. Odsetek śmierci tych ostatnich wynosi 1,8%.

W tym samym czasie w przychodniach przeciwgruźliczych zebrano dane, tyczące dzieci nieszczepionych, a pochodzących od matek gruźliczych. Z liczby 1362 kobiet, które w r. 1922 wydały na świat 1363 dzieci, żyły w r. 1925 tylko 633 matki. Z pośród dzieci zmarło 327, czyli 24%.

1,8% a 24%; porównawcze tych wyników dawałoby jaskrawy dowód skuteczności szczepień zapobiegawczych Calmett e'a.

Przy przeglądaniu dokładnem przyczyn zgonów dzieci szczepionych nasuwają się pewne wątpliwości; czy wśród zgonów, sekcyjnie niesprawdzonych, a zarejestrowanych jako:

słabość wrodzona 21 przypadków,
gastroenteritis 23 przypadków,
bronchopneumonia 16 przypadków,
atrepsja 14 przypadków,
drgawki 5 przypadków,

nie znalazły się przypadki etjologji gruźliczej. Gdybyśmy jednak nawet te wszystkie rozpoznania uważali za mylne i przypisali je udziałowi gruźlicy, to i w tym razie odsetka zgonów u dzieci szczepionych wypadłaby około 7%; ta odsetka stanowi liczbę zgonów o wiele mniejszą od liczby znanej nam ze statystyki śmiertelności u dzieci, przebywających w otoczeniu gruźlicy równa się 24 na 100.

Dotychczasowe doświadczenie zebrane u ludzi szczepionych doprowadza Calmette'a do wniosku, że uodpornienie nabyte trwa nie mniej, niż ośmnaście miesięcy. Przekonanie swoje opiera Calmette prócz danych uzyskanych przez sekcje laboratoryjne zwierząt, na danych statystycznych ze spostrzegania dzieci szczepionych, a pozostających w otoczeniu rozsiewającem zarazki.

Rzecz charakterystyczna, że do sprawdzenia następstw szczepienia Calmette, jak mówiłam — nie używa szczepień rozpoznawczych tuberkulinowych. Przygotowany na zarzut z tego powodu Calmette powiada, że zastosowanie tuberkuliny uważałby za błąd, ponieważ mogłoby ono pociągnąć uczynnienie laseczników, zalegających gruczoły.

Jakkolwiek godne są wielkiego podziwu zarówno prace Calmette'a, prowadzone w ciągu lat 18, jak i otrzymane dotąd wyniki, temniemniej powiedzieć należy, że nie przez wszystkich autorów wyniki te są uznane za przekonywujące.

Nie brak usiłowań rozwiązania tego samego zagadnienia innemi drogami. Selter, wychodząc z założenia, że *conditio sine qua non* do osiągnięcia odporności na reinfekcję jest nie tylko obecność żywego lasecznika w ustroju, ale i jego swoista symbioza z komórką, wyrażającą się wytworzeniem gruzełka, czego dowodem pewnym ma być dodatni odczyn tuberkulinowy, szczepił żywe zjadliwe laseczniki typu ludzkiego. Próby na świnkach morskich i cielętach przekonały go, że przez wprowadzenie nielicznych laseczników zjadliwych do ustroju osiągnąć można zakażenie utajone. Z odwagą na którą nie każdy mógłby się zdecydować, wstrzyknął on dziewięciu niemowlętom po 12—25—60—100 — najwyżej 1000 laseczników żywych w emulsji i stwierdził, że już najmniejsze dawki wywoływały u tych niemowląt odczyn alergiczny na tuberkulinę. Przy większych dawkach tworzyły się ropnie, które goiły się samoistnie. Doświadczenia te były robione w końcu r. 1925, więc dalsze losy tych dzieci nie mogą jeszcze być znane.

Moro czynił próby uodparniania niemowląt drogą najmniej ryzykowną. Za pomocą kombinowania tuberkuliny z krowianką ospową, wprowadzając tuberkulinę do sztucznie przez krowiankę wywołanego ogniska zapalnego, otrzymywał u dzieci niewrażliwych na tuberkulinę dodatni odczyn tuberkulinowy. Czy świadczyć to może o nabytej w ten sposób odporności, wykaże przyszłość.

Zarówno próby Seltera jak i Moro czynione są na małym materjale. W danej chwili wielkie doświadczenie na materjale ludzkim ma jedynie Calmette. Dotychczasowe wyniki stosowania szczepionki Calmette-Guerin'a w celu uodpornienia na czas pewien od naturalnego zakażenia gruźlicą ustroju ludzkiego w czasie najwcześniejszego dzieciństwa, kiedy skutki gruźlicy są najfatalniejsze, dają się streścić w następujących trzech tezach:

1) szczepień dokonywać należy noworodkom znajdującym się w otoczeniu gruźliczem w pierwszych 10 dniach życia,
2) szczepienia są nieszkodliwe,
3) szczepienia dały wyniki dodatnie.

Szczepionka BCG znajduje już zastosowanie w kolonjach francuskich dla uodparniania tubylców, bardzo wrażliwych na zakażenie gruźlicą. Do r. 1925 uodporniono przeszło 3000 dzieci anhamitów i chińczyków oraz kilkaset dzieci rasy czarnej. Rozpoczęto też szczepienia rekrutów udających się z Afryki do Europy. Wyniki ze względu na krótkie stosowanie nie są jeszcze wiadome.

Szczepienia ochronne przeciwgruźlicze Calmette'a są — z tego sobie trzeba zdawać sprawę — fragmentarnym jedynie rozwiązaniem zagadnienia. W najlepszym bowiem razie ochraniają od zarażenia gruźlicą w czasie najwcześniejszego dzieciństwa. Czy dla lat dalszych życia ta sama metoda da się stosować, czy też inna będzie konieczna, dane dotad przez naukę posiadane przepowiedzieć nie pozwalają.

Piśmiennictwo:

Calmette et Guerin. Annales de l'Inst. Pasteur. 1908. N. 9. 1911. N. 9. 1913. N. 9. 1920. N. 9. 1924. N. 5. — 2) Calmette, Bocquet, Négre. Annal. 1921. N. 9. 1922. N. 9. 1924. N. 5. — 3) Wilbert Annales 1925. N. 8. — 4) Calmette, Guerin. Négre, Bocquet. Annales 1926. N. 2. — 5) Calmette, Guerin, ect. Presse Med. 1924. N. 53. 1925. N. 49. — 6) Calmette. L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'home et chez les animaux. 1922. II. ed. Paris. — 7) Langer. D. med. W. 1925. N. 13. Kl. Woch. 1924. N. 43. — 8) D. Med. W. 1926. N. 10. — 9) Fedders. D. med. W. 1925. N. 40. — 10) Selter. D. med. W. 1924. N. 52. D. med. W. 1925. N. 23. — 11) Bessau. J. f. Kinderheilk. Bd. 91. — 12) Moro i Keller. D. med. W. 1925. N. 25. Münch. med. Woch. 1925. N. 5. D. m. W. 1925. N. 11. — 13) Sparrow. Warsz. Czas. lekar. 1925. N. 12. — 14) Białokur. Polskie Arch. med. wewn. 1925. T. II.

ZAWODZIŃSKI T. asystent kliniki. Warszawa.
SPIRO A. kierownik pracowni roentg.

W sprawie salpingografiji.[1])

Z kliniki Ginek. Położ. U. W. Kier. Prof. A. Czyżewicz.
Z oddziału III b. Szpit. Dz-ka Jezus Władysława Janowskiego.

Jednem z najtrudniejszych zadań ginekologa jest sprawa określenia drożności jajowodów. Badanie zestawione na zasadzie kształtu jajowodów i ruchomości jajników oraz macicy pozwala tylko na wnioski przypuszczalne.. Natomiast wielkie znaczenie drożności trąbek dla sprawy zapłodnienia wymaga zdecydowanej odpowiedzi, czy i gdzie jajowód jest niedrożny. Metoda przedmuchiwania jajowodów, wprowadzona przez Rubina, daje odpowiedź względnie zadowalającą tylko na pierwsze pytanie; jednak jeżeli chodzi o zastosowanie leczenia operacyjnego, niezmierną wagę dla

[1]) Według referatu wygłoszonego na posiedzeniu klinicznem Tow. Ginekologicznego dn. 25. III. 1926.

wyboru metody ma umiejscowienie niedrożności. To zaś umożliwia nam roentgenologja dzięki nowej stosunkowo metodzie, jaką jest salpingografja.

Już od 13 lat starali się liczni autorowie zastosować promienie Roentgena do rozpoznawania cierpień narządów rodnych kobiety. Jedni, jak Dimier, próbowali bezpośredniej roentgenografji, dawało to możność stwierdzenia co najwyżej zwapniałych włókniaków. Inni zaś, jak Van Zwaluwenberg i amerykanie Petersen i Stein, stosowali odmę brzuszną. Odma brzuszna daje tylko zewnętrzne zarysy macicy oraz większych guzów jajnika, natomiast jest metodą trudną i niezbyt bezpieczną. Zarzucona na czas dłuższy, została obecnie wznowiona z tą modyfikacją, iż o ile to możliwe, wprowadza się powietrze do jamy brzusznej tak, jak przy przedmuchiwaniu t. j. przez jamę macicy i trąbki. Wreszcie autorowie amerykańscy trafili, jak się zdaje, na właściwą drogę. Mianowicie, zaproponowali, podobnie jak przy roentgenografji przewodu pokarmowego, wypełnianie macicy i trąbek płynem kontrastującym. Pierwszy Cary, a zanim Rubin, Kennedy, Dartigues i Dimier używali do tego celu bądź kolargolu 10%, bądź 30% bromku sodu. Kolargol okazał się niebezpieczny, gdyż było po nim kilka wypadków śmierci, zaś bromek sodu nie dawał dość wyraźnych obrazów. Williams i Reynolds w Anglji stosowali emulsję bizmutową, ale bez większego powodzenia. Dopiero z chwilą wprowadzenia do roentgenografji lipjodolu przez Sicarda i Forestiera w r. 1923 uzyskano płyn kontrastujący, znakomicie nadający się do badania roentgenologicznego narządów rodnych kobiety.

Lipjodol, jak wiadomo, jest to połączenie organiczne jodu z olejem. Płyn sam przez się najzupełniej aseptyczny, nie drażni błon śluzowych ani surowiczych. Nawet wlany do oskrzeli lub kanału rdzeniowego nie wywołuje odczynów zapalnych ani większych wrażeń bolowych. Na filmie roentgenowskim lipjodol przez swą dużą zawartość jodu, a mianowicie 0,5 gr w 1 ctm. sz. płynu, daje ostry wyraźny kontrast. Lipjodol zastosowali: Kennedy, Heuser, Schober, Ferre i podnoszą jego duże zalety w roentgenografji macicy i trąbek. W Polsce sprawą tą zajmowali się Rosenblatt i Kass, którzy w marcu r. b. wygłosili w tej sprawie odczyt w Tow. Med. Społecznej.

Ostatnio firma Merck w Darmstadzie wypuściła identyczny z lipjodolem preparat pod nazwą jodipina. Jodipinę 40%, jako dostępniejszą na rynku warszawskim i tańszą, używaliśmy w naszych badaniach. Korzystając z materjału kliniki ginekol. poł. U. W. i z pracowni roentg. na oddziale Władysława Janowskiego w Szpit. Dz-ka Jezus wykonaliśmy salpingografję w 50 przypadkach według techniki następującej: po dokładnem opróżnieniu kiszki grubej i pęcherza moczowego, układaliśmy chorą na stole do prześwietlań typu Klinoskop firmy Veifa, w położeniu Trendelenburga. Po uprzedniem odkażeniu rąk i narzędzi, odkażaliśmy srom badanej za pomocą sublimatu, poczem zakładaliśmy wziernik metalowy i, po odkażeniu pochwy i części pochwowej macicy wyskokiem z jodyną, chwytaliśmy część pochwową kulociągiem w celu unieruchomienia względnie lekkiego ściągnięcia ku przodowi. Następnie, pamiętając dobrze o położeniu macicy — pacjentka przed zabiegiem była każdorazowo badana — wprowadzaliśmy do macicy ostrożnie, nie pokonywując oporów cienką nasadkę, dopasowaną do strzykawki Recorda, stanowiącą razem rodzaj strzykawki Brauna. Na nasadce umieszczaliśmy korek gumowy, używany przez Lorentowicza do przedmuchiwania trąbek. Z chwilą gdy nasadka znajdowała się poza ujściem wewnętrznem w jamie macicy, następowały czynności, związane z wykonaniem samego zdjęcia roentgenowskiego, a więc nastawienie lampy, podłożenie pod pacjentkę kasety z filmem 10 x 24 i ekranami uczulającemi. Następnie ogrzaną do ciepłoty ciała jodipinę w ilości 4½—6 ctm. sz. wlewaliśmy do strzykawki, i połączywszy strzykawkę z nasadką, — ostrożnie, powoli wlewaliśmy płyn do jamy macicy, zatykając ujście zewnętrzne wyżej opisanym korkiem. Zdjęć wykonywaliśmy 2: jedno natychmiast po wpuszczeniu jodipiny, drugie w 8—10 minut później. Przez ten cały okres czasu pacjentka pozostawała w położeniu Trendelenburga, a ujście macicy zewnętrzne było zatkane gumowym korkiem. Po dokonaniu drugiego zdjęcia, usuwano narzędzia i wprowadzano do pochwy tampon na nitce. Do naświetlania filmu używano promieni o napięciu 45 K V 50 mil. amp. 4 sek. Podczas zdjęcia zalecano chorej wstrzymanie oddechu. Zdjęć dokonywaliśmy w okresie międzyperjodowym, najlepiej w 10—12 dni po ukończonej menstruacji. Okres przed i poperjodowy ze względu na obrzmienie śluzówki do powyższego badania nie nadaje się. Uważamy za konieczne dokonywanie conajmniej 2 zdjęć kolejnych u tej samej pacjentki, gdyż w ten sposób unikamy dowolności w ich odczytywaniu. Ponadto z natury rzeczy na I-em zdjęciu otrzymujemy dokładny i całkowity odlew jamy macicy, niekiedy zarys jajowodów; na drugiem zaś — dokładny zarys jajowodów oraz w przypadkach drożności, krople jodipiny wylane do jamy otrzewnej.

W niektórych przypadkach, nasuwających przy interpretacji dwu tylko zdjęć wątpliwości, wykonywaliśmy dalsze zdjęcia w odstępach 10 minut, co zwykle wyjaśniało sprawę.

Poszukując przedmiotowego sprawdzianu dla salpingografji, zatrzymaliśmy się na przedmuchiwaniu jajowodów metodą Rubina. W metodzie tej, na zasadzie ciśnienia w manometrze, można zupełnie przedmiotowo stwierdzić drożność jednego lub dwóch jajowodów. Natomiast zróżniczkowanie, który z dwu jajowodów jest drożny, zapomocą wysłuchiwania szmerów i pluskań swoistych nad jedną lub drugą stroną podbrzusza, wydaje nam się sposobem niezbyt ścisłym. Inne sprawdziany, jak zabieg operacyjny, lub autopsja nie ma większego znaczenia praktycznego w sprawdzeniu drożności jawododów. Przyczyną tego są trudności techniczne w zgłębnikowaniu całego przebiegu trąbki w czasie operacji oraz rzadkość zarówno operacji, jak i autopsji, także u pacjentek, cieszących się naogół dobrem zdrowiem.

Bezwarunkowo najbardziej miarodajnym sprawdzianem jest dalszy przebieg kliniczny i w przypadkach niepłodności — obserwacja *quoad graviditatem*. To jednak wymaga dłuższego czasu.

Narazie liczba naszych salpingografji, sprawdzona przedmuchiwaniem jest bardzo nikła. Wynosi ona tylko 14. Dokładne porównanie wyników obu metod stanowić będzie temat przyszłej naszej pracy. Naogół we wszystkich prawie przypadkach wyniki obu metod są zgodne. W jednym tylko przypadku, w którym salpingografja wykazała wątpliwą drożność trąbek, przedmuchiwanie dało odpowiedź zupełnie wyraźną; i odwrotnie, w innym przypadku przy niewątpliwej drożności, ustalonej przez salpingografję, przedmuchiwanie wypadło z wynikiem słabo dodatnim.

Co się tyczy bezpieczeństwa metody, to z radością podkreślić możemy, że w ani jednym z naszych przypadków nie mieliśmy powikłań, zagrażających czy to życiu, czy zdrowiu pacjentek. Tylko w dwu przypadkach mieliśmy nieco silniejsze bole w dole brzucha, po stronie drożnych jajowodów, prawdopodobnie w skutek wlewania się jodipiny do jamy otrzewnej. Pozatem mniejsza lub większa bolesność towarzyszyła niekiedy zabiegowi, zależnie od osobniczej wrażliwości pacjentki, i od pewnych warunków położenia macicy lub jej ruchomości. Naogół jednak pacjentki znosiły zabieg zupełnie dobrze.

Za przeciwwskazanie do salpingografji uważamy ostre i podostre sprawy zapalne, krwawienia i duże guzy przydatków, jak również rozpadające się nowotwory. Co do ciąży nie mamy jeszcze osobistego doświadczenia, jednak ostatnio Heuser używa powyższej metody do rozpoznania wczesnej ciąży i w 45-u przypadkach salpingografja nie wywołała jej przerwania.

Jak wynika z powyższego, salpingografja daje dokładniejsze wiadomości o stanie trąbek niż przedmuchiwanie, jest bezpieczna, technicznie łatwa, i nadzwyczaj pokazowa. Urzeczywistnia więc z powodzeniem roentgenografję narządów rodnych kobiety, a, co zatem idzie, daje możność ścisłego porozumienia się zarówno z chorą, jak, z kolegą lekarzem, stanowiąc trwały dokument [2]).

Piśmiennictwo:

1) Kennedy. Am. J. Obst. and Gynec. 1923. VI. 131. — 2) Rubin. Surg. Gynec. and Obstetr. 1915. XX. 2135. — 3) Forsdike S. Proc. Roy. Soc. Med. Lond. 1925. 77. — 4) Williams and Reynolds. Proc. Roy. Soc. Med. Lond. 1925 74. — 5) Kennedy. J. Am. med. Assot. LXXXV. July 1925. — 6) Schober. Zentralbl. f. Gynec. 1925. Nr. 30. — 7) Rubin. Am. J. Obst. and Gynec. 1925. X. 313. — 8) Mocquot P. Bul. et mem. Soc. nat. de chir. 1925 LI. 842. — 9) Ferré. J. Rad. et d'Electrol. IX. Nr. 10. — 10) Heuser. Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstr. XXXIII. Kongressheft. — 11) Kass i Rosenblatt. Ginek. Polska V. Nr. 1. — 12) Zawodziński i Spiro. Ginek. Polska V. Nr. 1.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Szczepan MIKOŁAJSKI. Lwów.

Rozwój walki z gruźlicą w Małopolsce

a w szczególności w Województwie lwowskiem w latach 1900—1925.

Dokończenie.

Z przychodniami przeciwgruźliczemi wogóle nie darzyło się w Małopolsce.

W r. 1917 i 1918 zakładało je nie małym nakładem Galicyjskie Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża, które w tym czasie

---

[2]) Z powodów natury technicznej nie jesteśmy w stanie podać roentgenogramów, w ilości 32 z 15 naszych przypadków, demonstrowanych na posiedzeniu klinicznem Warsz. Tow. Ginek. w dniu 25 marca r. b

otworzyło i uposażyło 12 przychodni, a mianowicie w miastach:

1) Przemyśl 16/6 1917.
2) Łańcut 15/7 1917.
3) Rzeszów 29/7 1917.
4) Stryj 1/8 1917.
5) Nowy Sącz 21/8 1917.
6) Zakopane 8/9 1917.
7) Drohobycz 1/9 1917.
8) Sambor 1/12 1917.
9) Tarnów 15/1 1918.
10) Jarosław.
11) Kołmyja.

Przychodnie te otrzymały mikroskopy i inne potrzebne przybory i urządzenia.

Przetrwały wyjątkowo przychodnie w Rzeszowie, w Zakopanem i w Jarosławiu [37]).

Komisja opracowała wzór statutu dla Powiatowych Kół walki z gruźlicą, rozsyłała broszury o gruźlicy, dawała zachęty, rady i wskazówki Kołom, wysyłała delegatów z odczytami.

W r. 1917 Komisja ułożyła budżet wydatków na czas najbliższy w kwocie przeszło 500.000 kor. Przy tej sposobności podniesiono upośledzenie Galicji, która z funduszu państwowego na walkę z gruźlicą w wysokości 16 miljonów otrzymała tylko 150.000 kor.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych okazało skłonność znaczniejszego poparcia finansowego Galicji na walkę z gruźlicą, mianowicie reskryptem z dnia 4 lipca 1916 L. 14.700 oznajmiło, że mogłoby w razie zachodzącej potrzeby udzielić subwencji na budowę odpowiednich lecznic dla chorych gruźliczych.

To też Komisja obradowała w r. 1917 nad planami normalnemi dla szpitali przeciwgruźliczych, któreby w najbliższym czasie założyć należało.

Reskryptem z 3 kwietnia 1917 L. 29669 Ministerstwo zasadniczo przyjęło budowę pawilonów dla gruźlicy przy 7 szpitalach powszechnych w Galicji a mianowicie:

1) przy szpitalu powszechnym św. Łazarza w Krakowie,
2) przy szpitalu powszechnym we Lwowie,
3) przy szpitalu powszechnym w Wadowicach — pawilon na 20 łóżek,
4) przy szpitalu powszechnym w Nowym Targu — pawilon na 20 łóżek.
5) przy szpitalu powszechnym w Gorlicach — pawilon na 20 łóżek,
6) przy szpitalu powszechnym w Jarosławiu — pawilon na 40 łóżek,
7) przy szpitalu powszechnym w Żywcu — pawilon na 20 łóżek,

Ministerstwo zażądało przedłożenia projektów budowy i poleciło wnieść podanie o zasiłek państwowy.

Jednak Wydział Krajowy szerzej tę sprawę zakreślał i proponował budowę pawilonów dla gruźlicy przy następujących szpitalach:

1.	Kraków	2	pawilony	po 50	razem	100 łóżek
2.	Lwów	2	„	„ 50	„	100 „
3.	Jarosław	1	„	na 50	—	50 „
4.	Gorlice	1	„	„ 50	—	50 „
5	Nowy Targ	1	„	„ 50	—	50 „
6.	Tarnobrzeg	1	„	„ 24	—	24 „
7.	Wadowice	1	„	„ 24	—	24 „
8.	Żywiec	1	„	„ 24	—	24 „
		10	pawilonów		razem	422 łóżek

Ministerstwo reskryptem z dnia 2 listopada 1917 L. 7538/S/1 uznało naglącą potrzebę urządzenia tych pawilonów i postanowiło na razie przystąpić do budowy następujących pawilonów:

we Lwowie na 50 łóżek,
w Nowym Targu na 24 łóżek.
w Żywcu na 24 łóżek.

Preliminowano na ten cel 794.000 kor.

Na konferencji we Wiedniu w dniu 26 kwietnia 1918 jeszcze raz wystąpiła Galicja z żądaniem natychmiastowego kredytu dla Wydziału krajowego w kwocie 3.116.000 kor. na budowę 10 pawilonów dla gruźlicy przy szpitalach powszechnych a nadto domagała się zasiłku po 10.000 kor. dla Centrali powiatowych na urządzenie przychodni przeciwgruźliczych.

Do urzeczywistnienia tych planów nie doszło, gdyż wkrótce Austrja runęła.

[37]) Dr. Zygmunt Danielski. Nowoczesna walka z gruźlicą a poradnie dla piersiowo chorych. Walka o Zdrowie. 1918. Nr. 4.

K. B. K.

Poza Krajową Komisją zwalczania gruźlicy nadzwyczaj pożyteczną działalność rozwinął w ostatich latach wojny także w dziale walki z gruźlicą krakowski Książęco-Biskupi Komitet Pomocy dla dotkniętych klęską wojny [38]).

Zasługi jego są niezmierne w akcji humanitarnej, jak niemniej w dziale sanitarnym. Przewodniczący Sekcji sanitarnej Komitetu Prof. Dr. Emil Godlewski (jun). oddany całem sercem opiece nad dziećmi, a zwłaszcza nad sierotami wojennemi, rozwinął niepospolitą energję w wielu kierunkach, a między rozlicznemi jego dziełami wymienić należy z uznaniem stworzenie dla dzieci gruźliczych schronisk leczniczych w Zakopanem w willach „Orlę“ i „Nosal“. Dzięki zapobiegliwości i nieustannemu orędownictwu twórcy zawdzięczają one szybki rozwój i utrwalenie bytu.

Ogromna śmiertelność w czasie wojny dzieci na gruźlicę spowodowała, że zarówno K. B. K. jak i inne organizacje obywatelskie dokładały usilnych starań, by dziatwę i młodzież wzmocnić fizycznie i uodpornić.

Komitet „Dzieci na wieś“.

We Lwowie Komitet „Dzieci na wieś“ jeszcze w r. 1917 i 1918 zapoczątkował akcję dożywiania dzieci i kolonji wakacyjnych, które w r. 1919 dzięki pomocy Komisarza żywnościowego Ameryki Herberta Clarka Hoovera przybrała wielkie rozmiary. Komitet w tym roku urządził 134 kolonji, które objęły 5,789 dzieci obu płci [39]).

Odtąd ruch kolonijny na obszarze Województwa lwowskiego na stałe się zakorzenił i trwa nadal, pomimo to, że nie otrzymuje zasiłków amerykańskich a od rządu naszego tylko bardzo nikłe subwencje.

Szpitale wojskowe dla gruźlicy.

W czasie wojny założono dla potrzeb armji schronisko dla piersiowo chorych w Nowym Targu na 400 łóżek, szpital dla zamkniętej gruźlicy i rekonwalescentów w Nowym Sączu na 200 łóżek, taki sam szpital w Suchej na 200 łóżek, szpital dla gruźlicy kostnej i gruczołowej w Rabce na 150 łóżek, szpital dla gruźlicy zamkniętej i ozdrowieńców w Zakpanem na 825 łóżek w Zakładzie Dr. Chramca, wydzierżawionym na ten cel. W ten sposób ilość łóżek, w miarę potrzeby uzupełniania łóżkami dodatkowemi, osiągła cyfrę 2000 [40]).

W r. 1918 i 1919 zwinięto dla braku chorych i ze względu na konieczność opróżnienia budynków szkolnych, na te szpitale zajętych, szpitale w Nowym Targu, w Nowym Sączu i w Rabce.

Z końcem r. 1918 Krajowa Komisja Opieki nad inwalidami odstąpiła Czerwonemu Krzyżowi sanatorjum dla piersiowo chorych w Rajczy, w powiecie żywieckim, na lat 20. Sanatorjum to, wyposażone znacznym nakładem b. austr. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, ma 130 łóżek.

Z początkiem r. 1919 posiadał Małopolski Czerwony Krzyż:

1) szpital w Rajczy dla otwartej gruźlicy na 130 łóżek,
2) szpital w Suchej dla zamkniętej gruźlicy na 200 łóżek,
3) sanatorjum w Zakopanem, które w r. 1918 w drodze licytacji przeszło na własność Czerwonego Krzyża i miało 550 łóżek, a które według zamiarów Czerwonego Krzyża miało w przyszłości służyć głównie dla chorych cywilnych.

Z chwilą powstania Państwa Polskiego otrzymaliśmy nadto w spadku kilka Powiatowych Kół walki z gruźlicą, istniejących tylko na papierze. Koło lwowskie Towarzystwa walki z gruźlicą, prowadzące przychodnię we Lwowie i sanatorjum w Hołosku, Koło Krakowskie tego Towarzystwa, posiadające własny dom dla przychodni, która nie była czynną, przychodnię w Oświęcimie, która powstała dzięki zabiegom miejscowego Towarzystwa Opieki Społecznej, przychodnie Czerwonego Krzyża w Rzeszowie i Jarosławiu i kilka prywatnych sanatorjów.

Dorobek to rzeczywiście bardzo skromny, ale trzeba zważyć, że wojna dużo pracy zniweczyła.

III. Półurzędowa organizacja walki z gruźlicą w Małopolsce za rządów polskich 1919—1921.

Sprawa gruźlicy zajmowała Tymczasowy Komitet Rządzący, urzędujący w końcu r. 1918 i z początkiem 1919 w mieście Lwo-

[38]) Trzy lata działalności K. B. K. Sprawozdanie Książęco-Biskupiego Komitetu Pomocy dla dotkniętych klęską wojny za lata 1915—1917. Kraków, 1918.

[39]) Sprawozdanie Polskiego Komitetu „Dzieci na wieś“ we Lwowie za r. 1919, Lwów 1920.

[40]) Dr. Witold Ziembicki. Obecny stan organizacji przeciwgruźliczej Krajowego Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża i plany na najbliższą przyszłość. Referat wygłoszony na posiedzeniu Komitetu Wykonawczego Krajowej Komisji zwalczania gruźlicy we Lwowie, dnia 9 marca 1919 r.

wie. Pamiętne pozostanie dla uczestników posiedzenie Krajowej Rady Zdrowia w biurach Namiestnictwa, które się odbyło pod mojem przewodnictwem w dniu 11 stycznia 1919, wśród huku dział i pod gradem szrapneli, sypiących się na gmach Namiestnictwa.

Posiedzenie było poświęcone walce z gruźlicą. Referował sprawę Prof. Wiczkowski[41]). Położył on główny nacisk na kierunek zapobiegawczy w walce z gruźlicą, radził utrzymać nadal Krajową Komisję walki z gruźlicą wraz z jej Komitetem wykonawczym, zakładać w kraju Koła miejscowe i przychodnie, otworzyć Szkołę dla zawodowych pielęgniarek-opiekunek, oprzeć dalszą szerszą akcję na powszechnem ubezpieczeniu społecznem i dla chorych gruźliczych nieuleczalnych tworzyć fermy na wzór duńskich i angielskich.

Ponadto domagał się należytego uwzględniania wskazań przeciw gruźlicy przy rozwiązywaniu sprawy mieszkaniowej podczas odbudowy kraju, a to przez udział lekarza w pracach Komisji odbudowy, dalej oddziaływania uświadamiającego przez szkołę, ku czemu ma zmierzać powołanie lekarza higienisty do Rad szkolnych.

W dwa miesiące później Rząd polski ustanowił Okręgowy Urząd Zdrowia dla byłego zaboru austrjackiego, poruczając mi kierownictwo tego Urzędu. Zaraz w pierwszych dniach urzędowania omówiłem z Prof. Wiczkowskim sprawę uruchomienia Krajowej Komisji walki z gruźlicą.

Już w dotychczasowej działalności Komisja odstąpiła pod pewnym względem od szablonu rządowego, wskazanego w reskrypcie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 2 stycznia 1917 L. 7461/S. Stosując się do warunków kraju, słusznie zaniechano tworzenia osobno różnych prywatnych stowarzyszeń walki z gruźlicą, któreby dopiero miała jednoczyć półurzędowa Centrala powiatowa.

Taki dualizm był koniecznym w innych krajach, należących do Austrji, gdzie już istniały różne prywatne towarzystwa, od dłuższego czasu z pożytkiem pracujące na polu walki z gruźlicą. W Galicji prywatnych towarzystw tego rodzaju nie było poza Kołami walki z gruźlicą we Lwowie i w Krakowie, tu więc odrazu połączono czynniki obywatelskie z rządowemi i w ten sposób utworzono półurzędową organizację w postaci Powiatowych Kół walki z gruźlicą, jako samodzielnych stowarzyszeń statutowych, podporządkowanych Krajowej Komisji walki z gruźlicą. Wytworzył się więc nowy typ organizacyjny, któryby można nazwać typem polskim, a polegający na ścisłem zespoleniu czynnika rządowego z obywatelskim.

A dalej, nie można było rozpocząć organizacji od powiatów, jak to w krajach austrjackich czyniono, właśnie dlatego, że na powiatach niczego do łączenia nie było, lecz nasamprzód utworzono ośrodek organizacyjny krajowy a dopiero z Centrali Krajowej szła pobudka do tworzenia Centrali powiatowych. Tym torem należało iść także nadal. Ale pozostała z czasów austrjackich Krajowa Komisja walki z gruźlicą w dotychczasowej postaci dalej utrzymać się nie dała i musiało się jej konstrukcję przystosować do nowych warunków, czyniąc ją organem doradczym Okręgowego Urzędu Zdrowia a jej Komitet wykonawczy organem nadzorczym nad Powiatowemi Kołami walki z gruźlicą i kierującym całą akcją przeciwgruźliczą w okręgu.

Tak zmieniony regulamin Komisji przyjął do wiadomości Minister Zdrowia Publicznego Dr. Janiszewski. Komisja ukonstytuowała się dopiero w dniu 17 marca 1920 po uprzedniem zamianowaniu w styczniu 1920 przez Ministerstwo Zdrowia członków Okręgowej Rady Zdrowia, z której łona delegaci wchodzili w skład Komisji, jej prezydjum i Komitetu wykonawczego. Nie było z tego powodu przerwy w działaniu, gdyż tymczasem kierowałem sam akcją przeciwgruźliczą w Małopolsce, będąc w stałem porozumieniu z Prof. Wiczkowskim.

Przewodniczącym Komisji po jej ukonstytuowaniu zamianowałem Prof. Wiczkowskiego, jako delegata Dyrektora Okręgowego Urzędu Zdrowia. Do Komitetu wykonawczego Komisji wstąpili:

Prof. Dr. Jurasz, delegat Czerwonego Krzyża,
Prof. Dr. Nowicki, delegat Wydziału lekarskiego,
Prof. Dr. Gröer, delegat Sekcji I Okręgowej Rady Zdrowia,
Prof. Dr. Panek, jako skarbnik,
Dr. Brudziński, jako sekretarz,
Dr. M. Selzer, jako kierownik przychodni we Lwowie i uzdrowiska w Hołosku.

Licząc się z bliskim podziałem Małopolski na Województwa, Komitet wykonawczy uznał za konieczne, by w Komisji walki z gruźlicą powstały dwa niezależne oddziały: w Krakowie i we Lwowie. Oddział Krakowski miał objąć organizowanie i kierownictwo akcji na obszarze Ekspozytury Okręgowego Urzędu Zdrowia w Krakowie, to jest w 30 powiatach zachodnich Małopolski a oddział lwowski w 52 powiatach wschodnich.

Stosownie do takiego podziału czynności zmieniono regulamin Okręgowej Komisji walki z gruźlicą, a zmianę tę zatwierdziło Ministerstwo Zdrowia Publicznego reskryptem z 6 października 1920 Nr. I. 32160/20/3501.

Równocześnie z temi pracami organizacyjnemi przedłożyłem na wezwanie Ministerstwa Zdrowia plan walki z gruźlicą w Małopolsce memorjałami z dnia 22 i 25 kwietnia 1919 L. 2919, z dnia 21 maja 1919 L. 3372 i z dnia 6 kwietnia 1920 L. 310/pr.

Proponowałem założenie w każdem mieście powiatowem Koła i Przychodni przeciwgruźliczej, razem 84 Przychodni i na ten cel domagałem się kredytu po 50.000 kor. miesięcznie dla nowych przychodni, rocznie zatem kredytu w tej rubryce w sumie 600.000 Kor.

Wobec tego, że sprawa budowy pawilonów szpitalnych dla leczenia gruźlicy upadła, powróciłem do planu Sejmu galicyjskiego z r. 1908 i wystąpiłem z wnioskiem o założenie na razie w Małopolsce dwóch dużych sanatorjów ludowych, dających każde pomieszczenie dla 500 chorych, mianowicie przez wykupno od Czerwonego Krzyża na ten cel sanatorjum Dr. Chramca w Zakopanem i przez odbudowę i rozszerzenie kosztem rządu uzdrowiska ludowego w Hołosku pod Lwowem.

Do kosztów leczenia w tych sanatorjach przyczyniałby się rząd pewną kwotą od osoby dziennie, resztę zaś kosztów pokrywałyby Komisja walki z gruźlicą, względnie Towarzystwa, utrzymujące sanatorja.

Okręgowa Rada Lekarska dodała jeszcze wniosek o stałe wydatne subwencjonowanie uzdrowisk ludowych dla dzieci w Zakopanem, w Rabce i w Rymanowie.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego zajęło wobec tego planu stanowisko przychylne, a dało temu wyraz reskryptem z 17 maja 1919 Nr. 1. 1364/13425/19 którym oświadczyło zgodę na użycie 50.000 Kor. miesięcznie na zakładanie nowych przychodni z sum asygnowanych Okręgowemu Urzędowi Lekarskiemu na walkę z chorobami zakaźnemi. Koszt utrzymania 1 przychodni nie powinien przekraczać rocznie kwoty 10.000 kor. w której to kwocie rząd zobowiązywał się, o ile zajdzie potrzeba, partycypować do wysokości $^1/_3$.

Późniejszemi reskryptami (z dnia 7 sierpnia 1919 Nr. 1. 25186/2/3025, z 20 sierpnia 1919 Nr. 1. 27001/3389 i z 12 września 1919 Nr. 1. 29205/3755/19) ograniczono kredyt na zakładanie przychodni do łącznej kwoty 100.000 Kor., lecz nawet tej sumy w r. 1919 nie wydano, gdyż zdołano otworzyć, względnie reaktywować, tylko przychodnie w Stryju, Drohobyczu, Nowym Targu i Oświęcimie, na które wydatkowano razem 40.000 Kor.

I lecznice przeciwgruźlicze cieszyły się wydatnem poparciem Ministerstwa. I tak prof. Wiczkowski otrzymał w końcu r. 1919 dla uzdrowiska ludowego w Hołosku 200.000 Kor. prócz tego na urządzenie kursu 6 tygodniowego dla wywiadowczyń przychodni 25.000, Książęco-Biskupi Komitet dla 2 schronisk dla dzieci w Zakopanem w 4 ratach dostał razem 472.052 Kor. Dom Zdrowia w Zakopanem 20.000 Kor., Towarzystwo „Odrodzenie" w Zakopanem 120.000 Kor.

Ogółem na zwalczanie gruźlicy w Małopolsce wydało Ministerstwo Zdrowia w czasie od 1 lipca 1919 do 31 marca 1920 to jest w 3 kwartałach za pośrednictwem Okręgowego Urzędu Zdrowia sumę 1.171.586 Kor. 59 hal. Prócz tego rozdzielano duże sumy bez pośrednictwa tego Urzędu.

Reaktywowano w tym czasie lub założono 9 przychodni, a mianowicie w miastach: Drohobycz, Stryj, Oświęcim, Jaworów, Stanisławów, Żółkiew, Kraków, Lwów, Nowy Targ.

Prof. Wiczkowski, któremu pomagali: Dr. M. Selzer, Dr. Sabatowski i Dr. Węgrzynowski, wyjeżdżał kilkakrotnie do Warszawy i czynił starania w Ministerstwie Zdrowia, aby półurzędową organizację walki z gruźlicą w Małopolsce rozszerzyć na całą Polskę i utworzyć w Warszawie Komitet Centralny walki z gruźlicą przy Ministerstwie Zdrowia, któryby jednoczył Komitety Wojewódzkie i powiatowe do planowej pracy przeciwgruźliczej.

Lecz Państwo Polskie w r. 1919 i 1920 przebywało bardzo ciężkie czasy, musiało z bronią w ręku ustalać granicę, walczyć na różnych frontach, bronić się przed nawałą duru plamistego i innych groźnych epidemij a w takich warunkach musiała osłabnąć szczodrobliwość rządu na walkę z gruźlicą i dalsza rozbudowa organizacji tej walki, ciągle się rozsypującej w gruzy, była pracą Syzyfową.

Systematyczną robotę organizacyjną można było nawiązać znowu i oprzeć na więcej trwałych podstawach dopiero z chwilą, gdy Małopolskę w końcu r. 1921 podzielono na Województwa i gdy

[41]) Referat Prof. Dr. Wiczkowskiego o walce z gruźlicą. Przegląd Sanitarny. Dodatek do Gazety Lwowskiej z dn. 23. stycznia 1919 Nr. 23.

w kraju uspokoiło się od zamieszek wewnętrznych i niebezpieczeństwa najazdów z zewnątrz.

IV. Półurzędowa organizacja walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem. 1921—1925.

Po utworzeniu z Małopolski 4 Województw organizowano w Województwie lwowskiem w dalszym ciągu kadry walki z gruźlicą według dotychczasowego planu.

Wojewódzki Wydział Zdrowia czynił usilne starania, aby w każdym z 27 powiatów Województwa założono Powiatowe Koło walki z gruźlicą i w każdem mieście powiatowem Przychodnię przeciwgruźliczą.

Wywierano w tym kierunku nacisk na Starostów i lekarzy powiatowych w licznych okólnikach.

Przy zakładaniu Przychodni nie wymagano jej urządzenia i prowadzenia według przepisów Ministerstwa Zdrowia [42]), lecz zadowalano się choćby najskromniejszem zapoczątkowaniem. W powiatach, w których nie było środków finansowych ani lokalu na założenie przychodni, lekarze powiatowi prowadzili przychodnię we własnym lokalu ordynacyjnym w pewnych oznaczonych dniach i godzinach. Powiatowe Koła walki z gruźlicą w razie niemożności spełnienia innych zadań miały się zająć propagandą walki z gruźlicą i uświadamianiem mas ludowych o jej znaczeniu.

Tym sposobem pozyskiwano na powiatach coraz nowych propagatorów ruchu przeciwgruźliczego i coraz nowe ogniska walki z gruźlicą.

W końcu r. 1920 było na obszarze Województwa 10 Powiatowych Kół i 9 Przychodni. W ciągu r. 1921 przybyło 9 nowych Kół i 10 Przychodni.

Przełamanie trudności rozlicznych i zaopatrzenie wszystkich powiatów w Koła wymagało dłuższego czasu i dopiero w końcu r. 1925 osiągnęliśmy to, że we wszystkich 27 powiatach były już Koła.

Udowodniono tedy faktami, że błędne jest twierdzenie, jakoby organizowanie walki z gruźlicą po powiatach było niemożliwem.

Reskryptem z 12 grudnia 1921 Nr. Ch. 32208/4141/21 Ministerstwo Zdrowia uznało plan organizacji walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem za odpowiedni, stwierdziło znaczny postęp w akcji przeciwgruźliczej w tem Województwie oraz podniosło, że w organizowaniu walki z gruźlicą ujawniono tu silną wolę w dążeniu do wytkniętego celu i pokonywano stopniowo wszystkie napotkane przeszkody. Także reskryptem z dnia 18 marca 1924 Nr. Hsp. 704/24 zaznaczyła Centralna Dyrekcja Służby Zdrowia, że działalność Przychodni przeciwgruźliczych w Województwie lwowskiem przedstawia się w porównaniu z innemi Województwami pomyślnie pomimo trudności natury materjalnej i poleciło lekarzom, którzy prowadzili gorliwie walkę z gruźlicą, wyrazić pisemne uznanie, a najbardziej zasłużonemu Dr. Chuderskiemu przesłało dekret pochwalny.

W pracach tych z początku usiłował mi być pomocnym Prof. Wiczkowski, jako przewodniczący Okręgowej Komisji walki z gruźlicą, wkrótce jednak przekonał się, że trudy jego idą na marne i że prywatna jednostka nie zdoła sprawy naprzód posunąć. Prowadzenie biura Komisji wymagało sporo kosztów i pracy, a odezwy, podpisane przez Prof. Wiczkowskiego i wystosowane do Starostów lub lekarzy powiatowych nie odnosiły skutku, nawet gdy były poparte przez Województwo. Prof. Wiczkowski oznajmił więc w r. 1921, że zajmie się nadal wyłącznie walką z gruźlicą w samem mieście Lwowie, w granicach Towarzystwa walki z gruźlicą.

Zadania Okręgowej Komisji walki z gruźlicą po tych doświadczeniach podjął Wojewódzki Wydział Zdrowia, który wydawał starostom i lekarzom powiatowym polecenia i pilnował ich wykonania. Jedynie przez urzędowe wkroczenie władzy przełożonej powiodło się urzeczywistnić pierwszą część programu walki z gruźlicą, mianowicie utworzenie w całem Województwie sieci Powiatowych Kół walki z gruźlicą i Przychodni przeciwgruźliczych.

Dopiero pod koniec tego okresu w celu rozszerzenia i pogłębienia działalności reaktywowano reskryptem Wojewody z 5 maja 1925 na miejsce dawniejszej Okręgowej Komisji Wojewódzką Komisję walki z gruźlicą.

Przypuszczalnie wskutek ponawianych przedstawień Prof. Wiczkowskiego w Ministerstwie Zdrowia co do konieczności zjednoczenia wszystkich usiłowań przeciwgruźliczych w państwowym Komitecie Centralnym walki z gruźlicą pojawiło się w Monitorze Polskim z r. 1922 Nr. 14 rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 stycznia 1922 w sprawie utworzenia Polskiego Komitetu zwalczania gruźlicy przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego.

Polski Komitet zwalczania gruźlicy pomimo zatwierdzenia jego statutu przez Radę Ministrów do końca r. 1925 odbył tylko jedno posiedzenie. Nie utworzono też w całem Państwie Wojewódzkich i Powiatowych Komitetów zwalczania gruźlicy. Dla Województwa lwowskiego zdawało się to rzeczą obojętną, albowiem posiadamy organizację półurzędową walki z gruźlicą, czynną od r. 1917 i przez Ministerstwo wyraźnie parokrotnie zatwierdzoną a nawet z uznaniem przyjętą.

W dniu 28 listopada 1924 zmarł Prof. Wiczkowski, który od szeregu lat był duchowym przywódcą ruchu przeciwgruźliczego w Małopolsce. Przewodniczącym lwowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą został po Wiczkowskim Dr. Zabłocki.

W końcu r. 1924 podjęto w Warszawie myśl jednolitego zorganizowania w Polsce walki z gruźlicą, przy oparciu się na prywatnych Towarzystwach Przeciwgruźliczych, które jednoczyć ma Związek Przeciwgruźliczy.

Dla Małopolski oznaczałoby to cofnięcie się wstecz do form organizacyjnych z r. 1904 i 1911, które porzucono, gdyż przekonano się, że ten system organizacji wydał zaledwie lokalne, zresztą nikłe wyniki w miastach Lwowie i Krakowie.

W dniu 19 października 1924 odbył się w Warszawie Zjazd organizacyjny Związku, na którym ułożono podstawy statutu. Na Zjeździe objawiono wprawdzie zamiar zjednoczenia wszystkich czynników, a więc rządowych, samorządowych i społecznych, prowadzących walkę z gruźlicą, lecz zwyciężył projekt Dr. Węgrzynowskiego, aby utworzyć Związek tylko z 5 prywatnych Towarzystw. Miały się one stać ośrodkami walki z gruźlicą nie tylko na obszarze właściwego Województwa, lecz i przyległych, w których Towarzystwa Przeciwgruźlicze nie istnieją.

Statut Związku Przeciwgruźliczego otrzymał zatwierdzenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych reskryptem z dnia 27 listopada 1924 Nr. BB. 5321/24. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia okólnikiem do Wojewodów z dnia 6 lutego 1925 Nr. Z. H. 277/25 zawiadomiła o nowej organizacji walki z gruźlicą i zaznaczyła, że należy dążyć do wciągnięcia do współpracy czynników społecznych i samorządowych a w siedzibie każdego Województwa utworzyć Terytorjalne Towarzystwo Przeciwgruźlicze, które po powiatach ma zakładać Koła miejscowe.

Ponieważ w Województwie lwowskiem wciągnięto już dawno do współpracy czynniki społeczne i samorządowe i prawie w każdym powiecie założono samodzielne Powiatowe Koła walki z gruźlicą, jako organizację półurzędową, Wydział Zdrowia Województwa przez kilka miesięcy przeprowadzał z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia wymianę korespondencji w celu wyjaśnienia, czy ma się nadal zachować dotychczasową, półurzędową organizację, czy też należy ją rozwiązać i ustąpić pola pracy przeciwgruźliczej prywatnemu Towarzystwu Przeciwgruźliczemu, które ma powstać na podstawie statutu, dotąd jeszcze nieustalonego.

W tym okresie niepewności co do przyszłych losów organizacji poczynała się ona rozsypywać i ruch przeciwgruźliczy w Województwie uległ zatamowaniu.

I. Ogólno-Polski Zjazd Przeciwgruźliczy, odbyty w Krakowie w dniach 16 i 17 maja 1925, w dyskusjach wskazał, że nie należy niweczyć nigdzie tego, co już w poszczególnych częściach kraju w zakresie organizacji osiągnięto [43]).

To samo stanowisko zajęła Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia i orzekła reskryptem z dnia 23 czerwca 1925 Nr. T. H. 3250/25, że postanawia zachować istniejącą półurzędową organizację na terenie Województwa lwowskiego i że dalsze istnienie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą uważa za niezbędne. Wkrótce powiodło się ruch przeciwgruźliczy w Województwie ponownie ożywić, poczęły się tworzyć nowe ogniska przeciwgruźlicze i z końcem roku 1925 w całem Województwie niema ani jednego powiatu, w którym nie zajmowanoby się walką z gruźlicą.

Działalność na tem polu Województwa przedstawia wykaz ruchu chorych w Przychodniach przeciwgruźliczych od r. 1921 (Polska Gazeta Lekarska Nr. 13 z r. 1926, str. 245).

* * *

W Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą zjednoczono przedstawicieli wszystkich czynników, biorących udział w walce z gruźlicą. Działalność Powiatowych Kół walki z gruźlicą uzgodniono z lecznictwem Kas chorych. Usiłowania organizacji półurzędowej popiera Urząd Wojewódzki, którego Wydział Zdrowia kie-

[42]) Przychodnie lub poradnie przeciwgruźlicze (Przepisy). Dr. Jan Szmurło, Warszawa 1919. Wydawnictwo T-wa Przeciwgruźliczego.

[43]) Streszczenie wykładów, zgłoszonych na I. Ogólno-Polski Zjazd Przeciwgruźliczy w Krakowie w dniach 16 i 17 maja 1925. Kraków 1925.

ruje całą akcją a którego Wydział Pracy i Opieki Społecznej stoi na czele ruchu kolonji wakacyjnych i leczniczych. Popiera je Okręgowy Urząd Ubezpieczeń, w którego skład wchodzi Naczelnik Wydziału Zdrowia. Popiera je Tymczasowy Wydział Samorządowy, mający zwierzchnictwo nad szpitalami publicznemi i nad lekarzami okręgowymi, tudzież nad gospodarką samorządową gmin i powiatów. Popiera je Kuratorjum Okręgu Szkolnego, które może zasilić ruch przeciwgruźliczy współpracą nauczycielstwa i organów nadzorczych nad higjeną szkół. Nawiązano bezpośrednie porozumienie w Komisji z gronem profesorów i docentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu, których naukowa kompetencja wzmacnia zaufanie publiczności do poczynań organizacji. Osiągnięto współdziałanie z wojskową administracją sanitarną. Zapewniono pomoc w propagandzie przeciwgruźliczej lwowskiego Towarzystwa Higjenicznego i współdziałanie Koła Towarzystwa walki z gruźlicą.

Zjednoczono luźne organizacje obywatelskie, zajmujące się kolonjami leczniczemi, wakacyjnemi i uzdrowiskami. Skupiono zatem wszystkie siły we wspólnem ognisku wojewódzkiem, które rozporządza władzą wykonawczą i może nie tylko odwoływać się do obywatelskiego poczucia obowiązków społecznych, ale wydawać władzom i urzędom, podlegającym Urzędowi Wojewódzkiemu, polecenia służbowe w zakresie walki z gruźlicą i w drodze urzędowej przeprowadzać wspólną akcję z innemi władzami, niespojonemi w Urzędzie Wojewódzkim (Kuratorjum Szkolne, Administracja wojskowa, administracja więziennictwa, Dyrekcja Kolei państwowych i t. d.).

Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą ma otwartą przez stojący na jej czele Wydział Zdrowia drogę do urzędowych wniosków i przedstawień, przedkładanych Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia a przez Wydział Pracy i Opieki Społecznej, do urzędowego komunikowania się z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej, które zwłaszcza w dziale opieki nad dzieckiem i w dziale ubezpieczenia w Kasach chorych może walkę z gruźlicą wesprzeć bardzo cennem poparciem. Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą może przez Wydział Zdrowia oddziaływać bezpośrednio na państwowe lecznictwo funkcjonarjuszy państwowych, posiadające znaczne zasiłki państwowe na leczenie sanatorjalne i przychodnie lecznicze ogólne, w których można bez osobnych wydatków wprowadzić opiekę nad chorymi gruźliczymi według zasad Przychodni przeciwgruźliczych.

Wreszcie Wojewódzka Komisja walki z gruźlicą ma w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia dobrze zorganizowane biuro dla spraw gruźlicy, które stanowią ważny dział jego urzędowania.

Powiatowe Koła walki z gruźlicą, jako organizacje półurzędowe pod kierownictwem Starostów i lekarzy powiatowych, mają przy pomocy Wojewódzkiej Komisji i Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia zabezpieczone podobne wpływy i środki działania w zakresie terytorjalnym powiatu.

Tak przedstawia się polski system organizacji walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Prymarjusz Dr. ANTONI KROKIEWICZ. Kraków.

Sprawozdanie naukowe o ruchu chorych w r. 1925.

Na oddziale I. B. chorób wewnętrznych Państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W roku 1925 leczono na oddziale chorób wewnętrznych (I. B.), Państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie 1.795 chorych (842 m. 953 k.), a więc o 339 chorych więcej (148 m. 191 k.), jak w ubiegłym roku 1924. Odsetek zmarłych wynosił 9,4%.

Z powodu chorób narządu oddechowego leczono 335 chorych (195 m. 140 k.) t. j. 18.6% ogólnej liczby; narządu krążenia 166 (59 m. 107 k.), t. j. 9.2%; trawienia 250 (143 m. 107 k.) t. j. 13.9%/; układu nerwowego 96 (45 m. 51 k.) t. j. 5.3%; narządu moczo-płciowego 100 (34 m. 66 k.), t. j. 5.5%; z powodu chorób zakaźnych 475 (209 m. 266 k.) t. j. 26.3%; z powodu chorób krwi, zaburzeń przemiany materji i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem 35 (13 m. 22 k.), t. j. 1.9%; z powodu zatruć 67 (20 m. 47 k.), t. j. 3.7%; z powodu pasorzytów 27 (8 m. 19 k.), t. j. 1,05%; z powodu nowotworów 67 (32 m. 35 k.), t. j. 3.7%. W 16 przypadkach (8 m. 8 k.), t. j. 0.9% przywieziono chorych do szpitala w stanie konania; zmarli oni po kilkugodzinnym pobycie bez badania szczegółowego. W 161 przypadkach (76 m. 85 k.), t. j. 9% nie można było stwierdzić żadnej sprawy chorobowej, a rzekomo chorzy zostali zaraz ze szpitala wydaleni po dokładnem zbadaniu.

Z powyższego zestawienia wynika, iż największy odsetek chorych leczonych przypadał na choroby zakaźne, gdyż wynosił 26.3% — a następnie na choroby narządu oddechowego 18.6%. Trzecie miejsce zajmowali chorzy z zaburzeniami przewodu pokarmowego (13.9%). Czwarte, bo 9.2% ogólnej cyfry, stanowili chorzy dotknięci chorobami narządu krążenia; odsetek chorych narządu moczopłciowego (5.5%) i układu nerwowego (5.03%) był znacznie mniejszy. Odsetek leczonych z powodu zatruć i nowotworów utrzymywał się na równi (3.7%); z powodu nieprawidłowości krwi, przemiany materji i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem wynosił 1.9%, a z powodu czerwiów 1.5%.

Przy bliższem rozpatrzeniu poszczególnych chorób, leczonych na oddziale w roku 1925, rzecz przedstawia się następująco:

I. Choroby zakaźne, stanowiły największą ilość przypadków leczonych na oddziale, skoro ogólna ilość wynosiła 475 (209 m. 266 k.), t. j. 26.3%.

Największa ilość przypadków dotyczyła chorych na gruźlicę, gdyż z powodu niej leczono 206 osób (98. m. 108 k.), t. j. 43.6%. Wogóle odsetek chorych gruźliczych wynosił 11.2%. Ze względu na samą gruźlicę w 180 przypadkach (90 m. 90 k.), t. j. 37.5% stwierdzono gruźlicę płuc; w 15 przypadkach (4. m. 11 k.), t. j. 9.2% wielokrotną gruźlicę błon surowiczych *(Polyserositis);* w 8 przypadkach (1 m. 7 k.), t. j. 1.7% gruźlicę kości; w 2 przypadkach (2 m.), t. j. 0.44% zapalenie gruźlicze opon mózgowych; a jednego chorego (0.2%) gruźlicę prosowatą narządów wewnętrznych. Chorzy okazywali przeważnie zmiany gruźlicze daleko posunięte i tylko przejściowo znajdowali się na oddziale, dopóki nie mogli być przeniesieni do szpitalnego baraku gruźliczego. Leczenie w tych z góry już straconych przypadkach było tylko objawowe. W przypadkach gruźlicy otwartej w I i II okresie choroby, tudzież wogóle w gruźlicy zamkniętej, dobre wyniki stwierdzano po zastosowaniu wstrzykiwań przeciwgruźliczych moją metodą.

Po gruźlicy najwięcej leczono na grypę, bo 126 chorych (51 m. 75 k.), t. j. 24.4%. W 55 przypadkach (21 m. 34 k.), t. j. 11.5% można było stwierdzić ogniskowe rozsiane zapalenie płuc; wszystkie przypadki prócz 2 (1 m. 1 k.), zakończyły się pomyślnie wyzdrowieniem. Wogóle odsetek śmiertelności w grypie na oddziale był bardzo niski, gdyż wynosił 0.42%. Korzystny przebieg należy odnieść w przeważnej części do leczenia oddziałowego, które, jak w latach poprzednich — pomiędzy innemi — polegało na stosowaniu podskórnych wstrzykiwań trikresolu 1% w czasie gorączki i jeszcze 10 do 14 dni po jej ustaniu. Wogóle stosowania podskórnych zastrzykiwań 1% trikresolu — nawet przez dłuższy czas dokonywane — nie drażnią nerek i nie wywołują żadnych zmian szkodliwych w ustroju. Ból chwilowy po wstrzykiwaniach można złagodzić dodaniem małych dawek nowokainy.

Na 3 miejscu uderza częstość gośćca stawowego ostrego, który stwierdzono u 75 chorych (27 m. 48 k.), t. j. 15.5%. Zejścia śmiertelnego nie było, pomimo ciężkiego nasilenia przypadków. W 14 przypadkach (3 m. 11 k.), t. j. 2.9% spostrzegano świeże zapalenie wsierdzia w przebiegu ostrego gośćca stawowego, które ustąpiło we wszystkich przypadkach przy odpowiedniem leczeniu wstrzykiwaniami podskórnemi elektrargolu i pędzlowaniu okolicy serca nalewką jodową obok stosowania okładów zimnych na okolicę serca i podawania środków nasercowych.

Z powodu duru brzusznego leczono 11 chorych (4 m. 7 k.), t. j. 2.3%; jeden przypadek zakończył się śmiertelnie U dwóch chorych (1 m. 1 k.), t. j. 0.4%" stwierdzono zapalenie wyrostka robaczkowego i po wyleczeniu zarządzono ich przeniesienie na oddział chirurgiczny w celu dokonania doszczętnej operacji. U 4 chorych (1 m. 3 k.), t. j. 0.8% rozpoznano czerwonkę (Dysenteria) i przeniesiono ich na oddział zakaźny dla dalszego leczenia. Z powodu posocznicy leczono 6 chorych (1 m. 5 k.), t. j. 1%. Na uwagę zasługuje bardzo uporczywy przebieg chorobowy, spowodowany zakażeniem ustroju prątkiem okrężnicy *(Colisepsis)* u nauczycielki 26 letniej, który wystąpił pod objawami przeważnie zapalenia ropnego pęcherza i miedniczek nerkowych, wśród wysokiej gorączki (40° C.) trwającej przez kilka miesięcy z nawrotami. Badanie kilkakrotne moczu, odpuszczonego wyjałowionym cewnikiem, dokonane w pracowni bakterjologicznej oddziału szpitalnego zakaźnego (Prym. Doc. Dr. Kostrzewski) stwierdzało zawsze tylko czystą hodowlę prątka okrężnicy. Chora po 8 miesiącach wyzdrowiała zupełnie.

W 18 przypadkach (7 m. 11 k.), t. j. 3.7% spostrzegano zapalenie pryszczykowe gardła; w 5 przypadkach (4 m. 1 k.), t. j. 1% zapalenie nagminne opon mózgordzeniowych, (zejście śmiertelne nastąpiło w 2 przypadkach (1 m. 1 k.), t. j. 0.4%); w 2 przypadkach (2 k.), t. j. 0.4% dur plamisty; w jednym przypadku (1 m.), t. j. 0.2% płonicę; w 5 przypadkach (2 m. 3 k.), t. j. 1% kiłę drugorzędną.

II. Choroby narządu oddechowego.

Najwięcej, bo 53.7%, stanowili chorzy na gruźlicę płuc i opłucnej; szczegóły przytoczyłem w dziale omawiającym choroby zakaźne. Z powodu rozedmy płuc, nieżytu oskrzelowego i niedomogi mięśnia sercowego znajdowało się w leczeniu 61 chorych (51 m. 10 k.), t. j. 18.2%; w 7.1% (13 m. 11 k.), stanowili chorzy na zapalenie płuc włóknikowe; w 5.1% (6 m. 11 k.), na zapalenie nieżytowe ogniskowe płuc; w 0.9% (3 m.) na zgorzel płuc; w 0.9% (3 m.) na dusznicę oskrzelową; w 13.1% (27 m. 17 k.), na wysięk opłucnej surowiczo-włóknikowy; w 0.3% (1 k.), na odmę piersiową surowiczą (*Seropneumothorax*); w 0.3% (1 m.) na ropniaka opłucnej (*Pyothorax*), w 1 przypadku u mężczyzny stwierdzono nowotwór płuc (raka). Zejście śmiertelne, wyłączając gruźlicę, nastąpiło w 4 przypadkach (1 m. 3 k.), t. j. 1.2% z powodu zapalenia płuc włóknikowego, a tylko w jednym przypadku u kobiety (0.3%) z powodu zapalenia płuc nieżytowego ogniskowego: w 3 przypadkach (3 m.), t. j. 0.9% z powodu zgorzeli płuc; w 1 przypadku (1 m.), t. j. 0.3% z powodu ropniaka opłucnej; w 1 przypadku u mężczyzny z powodu nowotworu płuc; w 8 przypadkach (7 m. 1 k.), t. j. 2% z powodu rozedmy płuc. Tak niską śmiertelność przy zapaleniu płuc włóknikowem i nieżytowem należy bezsprzecznie odnieść do leczenia trikresolem. Wszystkie przypadki zapalenia opłucnej zakończyły się korzystnie. Zresztą poza tem chorzy opuszczali szpital z zupełnem wyzdrowieniem lub znacznem polepszeniem.

III. Choroby narządu krążenia.

Z powodu niedomogi mięśnia sercowego i przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego leczono chorych 43 (15 m. 28 k.) t. j. 25.8%; z powodu wad sercowych, w następstwie przebytego zapalenia wsierdzia, 72 chorych (20 m. 52 k.), t. j. 43.4%; z powodu miażdżycy tętnic 48 chorych (23 m. 25 k.), t. j. 28.8%; z powodu nerwicy serca 3 chorych (1 m. 2 k.), t. j. 1.8%.

Na uwagę zasługuje okoliczność, iż w roku ubiegłym ilość przypadków zaburzeń serca na tle nerwowem znacznie się zmniejszyła, skoro w roku 1924 odsetek tychże wynosił 13.4% (12 m. 10 k.), a w roku 1925 zaledwie 1.8% (1 m. 2 k.).

Natomiast — podobnie jak w roku 1924 — zauważono i w roku 1925 znacznie częstsze pojawianie się miażdżycy tętnic u kobiet jak w latach poprzednich.

IV. Choroby przewodu pokarmowego.

Z powodu ostrego nieżytu żołądka leczono 5 chorych (4 m. 1 k.), t. j. 2%; z powodu śluzowego nieżytu żołądka 2 k. (0.8%); z powodu nadkwaśności i nieżytu kwaśnego 13 chorych (8 m. 5 k.), t. j. 5.2%; z powodu ostrego nieżytu żołądka i jelit 14 chorych (8 m. 6 k.), t. j. 5.6%; z powodu wrzodu okrągłego żołądka 21 chorych (17 m. 4 k.), t. j. 8.4%; z powodu wrzodu dwunastnicy 3 chorych (3 m.), t. j. 1.2%; z powodu nerwicy żołądka 38 chorych (26 m. 12 k.), t. j. 15.2%; z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego 2 chorych (1 m. 1 k.), t. j. 0.8%; z powodu ropnia podprzeponowego 1 kobietę (0.4%); z powodu żółtaczki nieżytowej 14 chorych (9 m. 5 k.), t. j. 5.6%; z powodu kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego 18 chorych (2 m. 16 k.), t. j. 7.2%; z powodu marskości wątroby 8 chorych (6 m. 2 k.), t. j. 3.2%; z powodu choroby Glenarda 9 chorych (3 m. 6 k.), t. j. 3.6%; z powodu raka przełyku 5 chorych (3 m. 2 k.), t. j. 2%; z powodu raka żołądka 43 chorych (23 m. 20 k.), t. j. 17.2%; z powodu raka odbytnicy 3 chorych (2 m. 1 k.), t. j. 1.2%; z powodu raka woreczka żółciowego 3 chorych (1 m. 2 k.), t. j. 1.2%; z powodu przerzutów nowotworowych wtórorzędnych na otrzewny 9 chorych (2 m. 7 k.), t. j. 3.6%. Na uwagę zasługuje okoliczność, iż odsetek raka żołądka wynosił 47.2%, a wrzdu żołądka 8.4%. Wrzodem żołądka głównie byli dotknięci mężczyźni (17 m. 4 k.), a rakiem na równi mężczyzni i kobiety (23 m. 20 k.). Również uderza znaczna ilość przypadków nerwicy żołądka (15.2%), przyczem dwa razy częściej dotknięci byli mężczyzni niż kobiety (26 m. 12 k.).

V. Choroby układu nerwowego.

Na ogólną ilość leczonych 96 (45 m. 51 k.), stwierdzono u 9 chorych (5 m. 4 k.), t .j. 9.4% krwotok mózgowy; u 2 chorych (2 m.), t. j. 2.1% zapalenie mózgu w następstwie grypy (*Encephalitis lethargica*); u 3 chorych (2 m. 1 k.), t. j. 3.1% zapalenie nagminne opon mózgordzeniowych; u 2 mężczyzn t. j. 2.1% zapalenie gruźlicze opon mózgowych; u 1 mężczyzny (1%) wiąd rdzenia pacierzowego; u 8 chorych (5 m. 3 k.), t. j. 8.3% porażenie postępowe; u 2 chorych (1 m. 1 k.), t. j. 2.1% zapalenie poprzeczne rdzenia pacierzowego; u 11 chorych (11 m.), t. j. 11.4% neurastenję; u 31 chorych (1 m. 30 k.), t. j. 32.3% histerję; u 4 chorych (2 m. 2 k.), t. j. 1% obłęd szałowy opilczy (4.1%); u 5 chorych (4 m. 1 k.), t. j. 5.2% padaczkę; u 3 chorych (1 m. 2 k.), t. j. 3.1% ciężką psychozę; u 13 chorych (9 m. 4 k.), t. j. 11.4% zapalenie nerwu kulszowego i rwę kulszową (Ischias); u 2 kobiet (2.1%) półpaśćca (*Herpes Zoster*). W przypadkach leczenia rwy kulszowej stosowano z korzystnym wynikiem podskórnie rozczyn soli Trunecka, przeze mnie zmodyfikowany, na przemian z 1% rozczynem trikresolu wzdłuż nerwu kulszowego — tudzież zastrzyki podskórne rozczynu radu.

VI. Choroby narządu moczopłciowego.

Z powodu krwotocznego zapalenia nerek leczono 7 chorych (5 m. 2 k.), t. j. 7%; z powodu marskości nerek 28 chorych (13 m. 15 k.), t. j. 28%; z powodu miąższowego zapalenia nerek z następową opuchliną leczono 14 chorych (7 m. 7 k.), t. j. 14%; z powodu stwardnienia miażdżycowego nerek (*Nephrosclerosis*) 7 chorych (1 m. 6 k.), t. j. 7%; z powodu skrobiawicy nerek 2 mężczyzn (2%); z powodu zapalenia pęcherza 5 chorych (2 m. 3 k.), t. j. 5%; z powodu zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych 26 chorych (4 m. 22 k.), t. j. 26%; z powodu zapalenia przydatków 8 kobiet t. j. 8%; z powodu raka macicy 3 kobiety t. j. 3%.

VII. Choroby krwi i zaburzenia przemiany materji tudzież gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem spostrzegano u 35 chorych (13 m. 22 k.), t. j. 1.9%. U 8 chorych (1 m. 7 k.), t. j. 22.8% stwierdzono ciężką niedokrewność; u 4 dziewcząt bladaczkę (11.4%); u kobiety (2.8%), niedokrewność złośliwą postępową; u 2 kobiet (5.7%) białaczkę szpikową; u 1 mężczyzny (2.8%) ostrą lymfemję; u 1 mężczyzny (2.8%) chorobę Hodghina (*lymphadenosis aleucämica*); u kobiety (2.8%) nowotwór gruczołów limfatycznych (*lymphosarcoma*); u 2 mężczyzn (5.7%) chorobę Werlhofa: u 6 kobiet (17.1%) chorobę Basedowa (frouste); u 3 chorych (2 m. 1 k.), t. j. 8.5% skazę moczanową; u 5 chorych (2 m. 3 k.), t. j. 14.3% moczówkę cukrową (*Diabets mellitus*). W cukrówce moczowej zastrzykiwano insulinę z pomyślnym skutkiem w przypadkach, gdzie nie było kwasicy (*Acetonuria*), przyczem należy nadmienić, iż nie można było ze względów ekonomicznych zastosować u chorych odpowiedniej diety. Na 5 przypadków (2 m. 3 k.), zejście śmiertelne nastąpiło u jednego mężczyzny (2.8%). Stosowanie podskórnie małych dawek insuliny (1.5 do 2.5 jednostek) w przebiegu choroby Basedowa jak i podawanie na wewnątrz jodu w minimalnych dawkach okazało się bezskuteczne.

VIII. Zatrucia.

Z powodu zatruć leczono w roku 1925 na oddziale 67 chorych (20 m. 47 k.), t. j. 3.7% .U 11 chorych (3 m. 8 k.), t. j. 16.4% stwierdzono zatrucie kwasem solnym; u 2 chorych (1 m. 1 k.), t. j. 2.9% rozcieńczonym kwasem siarkowym; u 1 kobiety (1.5%) rozcieńczonym kwasem azotowym; u 5 kobiet (7.4%) kwasem octowym; u 2 kobiet (2.9%) lysolem; u 4 chorych (2 m. 2 k.), t. j. 5.9% sublimatem; u 8 chorych (11.9%) nadmanganianem potasu; u 3 chorych (2 m. 1 k.), t. j. 4.5% wyskokiem etylowym; u 1 kobiety (1.5%) wyskokiem metylowym; u 9 chorych (2 m. 7 k.), t. j. 13.4% tlenkiem węgla (CO); u 4 chorych (1 m. 3 k.), t. j. 5.9% veronalem: u mężczyzny (1.5%) formaliną; u 2 kobiet (2.9%) nalewką jodową; u 1 kobiety (1.5%) „kapsem"; u 1 kobiety (1.5%) chininą; u 2 chorych (1 m. 1 k.), t. j. 2.9% adaliną; u 2 chorych (1 m. 1 k.), t. j. 2.9% kokainą; u 2 kobiet (2.9%) arszenikiem; u 1 mężczyzny (1.5%) chromianem potasu; u 1 mężczyzny (1.5%) olejkiem terpentynowym; u 1 mężczyzny (1.5%) medinalem: u 1 mężczyzny (1.5%) strychniną. W jednym przypadku mężczyzna w celu samobójczym połknął znaczniejszą ilość szkła tłuczonego.

We wszystkich przypadkach można było stwierdzić usiłowane pozbawienie się życia wskutek ciężkich warunków ekonomicznych. Zejście śmiertelne nastąpiło: w 2 przypadkach (1 m. 1 k.), wskutek zatrucia kwasem solnym; w jednym przypadku u mężczyzny z powodu adaliny i w jednym przyp. u mężczyzny z powodu kokainy. Największy odsetek przypadał na zatrucia kwasem solnym (u 3 m. 8 k. t. j. 16.4%); następnie na zatrucie Co (13.4%) t. j. 2 m. 7 k., i nadmaganianem potasu 11.9% t. j. 8 kobiet. Niezwykłych rozmiarów zmiany wystąpiły u dziewczyny 30 letniej po zatruciu kwasem solnym. W przypadku tym przyszło do obumarcia błony śluzowej całego przełyku, która w postaci odlewu rurowatego całego przełyku po 30 dniach została wykrztuszona. Chora zginęła z powodu wyniszczenia, gdyż odżywianie dokonywane przez odbytnicę okazało się niedostateczne, a zabieg chirurgiczny ze względu na ciężki stan chorej nie mógł być uskuteczniony.

IX. Z powodu czerwiów leczono 27 chorych (8 m. 19 k.), t. j. 1.2%, u 3 kobiet stwierdzono glisty, a w 24 przypadkach (8 m. 19 k.), tasiemca.

X. Nowotwory.

W 67 przypadkach stwierdzono sprawę nowotworową, a mianowicie: raka przełyku u 5 chorych (3 m. 2 k.), t. j. 7.4%; raka żołądka u 43 chorych (23 m. 20 k.), t. j. 64.1%; raka odbytnicy u 3 chorych (2 m. 1 k.), t. j. 4.5%; raka woreczka żółciowego u 3 chorych (1 m. 2 k.), t. j. 4.5%; raka przerzutowego (po operacjach) na otrzewnej (2 m. 7 k.), t. j. 13.4%; raka macicy u 3 kobiet (4.5%); raka płuc u 1 m. (1.4%).

Ruch naukowy w ubiegłym roku na oddziale był niemniej ożywiony. Lekarze przydzieleni starali sie wyzyskać naukowo należycie każdy przypadek chorobowy, przyswajając sobie i pogłebiając wiadomości zawodowe. Jako prymarjusz omawiałem wspólnie z lekarzami każdy przypadek chorobowy z uwzględnieniem najnowszych zdobyczy klinicznych w zakresie badania fizycznego, mikroskopowego, chemicznego i bakterjologicznego, jak również omawiałem odnośne leczenia. W przypadkach zejścia śmiertelnego uwzględniałem zawsze epikryzę na podstawie oględzin pośmiertnych w Zakładzie Anatomji patologicznej U. J. (Prof. Dr. Ciechanowski). W celu dokładnego zbadania chorego i ustalenia rozpoznania wykonywano w każdym przypadku — w razie potrzeby — wielokrotnie — rozbiory chemiczne moczu, kału, treści żołądkowej, krwi, wysięków i wszelkich cieczy patologicznych, badano plwociny bakterjologicznie, jak również przesyłano krew do pracowni bakterjologicznej szpitalnej oddziału zakaźnego, zostającej pod kierunkiem Doc. Dra Kostrzewskiego, w celu wykonywania rozbiorów serologicznych lub też otrzymywania hodowli bakterji ze krwi. W razie potrzeby poddawano chorych prześwietlaniu promieniami Roentgena na oddziale szpitalnym roentgenologicznym (Dr. Korabczyńska). Oprócz sprawozdania naukowego o ruchu chorych w roku 1924 na oddziale (I B) chorób wewnętrznych Państwowego szpitala św. Łazarza, pomieszczonego w Polskiej Gazecie lekarskiej Nr. 25 ogłosiłem: 1) w Nowinach Lekarskich (zeszyt 12): w sprawie leczenia gruźlicy, 2) niezmiernych rozmiarów odlew wysięku włóknikowego w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego, (Polska Gazeta lek. 34 do 35), 3) Zur Kasuistik der im Verlauf einer croupösen Pneumonie expektorirten Bronchialausgüsse (Virchows Archiw f. pathologische Anatomie u. Physiologie u. klinische Medizin Bd. 259), 4) O rozszerzeniu przełyku. (pol. Gaz. lek. Nr. 48). 5) Ein Fall von angeborener Oesophagus — und — Pylorus Stenose mit nachfolgender Erweiterung des unteren Teiles des Oesophagus (Vormagen) und des Magens (Gastrectasia). (Virchows Archiw f. pathologische Anatomie und Physiologie und f. klin. Med. Bd. 259. H. 3.).

Przechodząc do stosunków oddziału szpitalnego z przykrością należy zaznaczyć, iż niestety nic sie nie zmieniło na lepsze w porównaniu z rokiem ubiegłym. Warunki leczenia i odżywiania chorych, zaopatrzenie oddziału w potrzebną bieliznę pozostawiały bardzo dużo do życzenia. Brak dotkliwy przyrządów, zwłaszcza drugiego mikroskopu, — odczynników i barwików do badania — z powodów finansowych — utrudniał wykonywanie prac naukowych w szerszym zakresie.

Ze względu na urządzenie oddziału pozostał stan niezmieniony od roku 1912. Dużo nieprawidłowości należy koniecznie jak najrychlej usunąć. Pomiędzy innemi prawdziwą grozą przejmuje fakt, iż oddział ten może być rozsadnikiem gruźlicy. Wobec rozmieszczenia na sali łóżek od siebie w odległości 43 cm., nie jest wykluczonem, że ozdrowieniec, wolny od gruźlicy, zarazi się następnie od sąsiadującego chorego na gruźlicę. Okoliczność, iż stosunki w szpitalu państwowym mogą się przyczyniać do rozszerzania gruźlicy zasługuje na silne napiętnowanie.

Dr. Lesław WĘGRZYNOWSKI. Naczelny lekarz lwow. Towarzystwa Walki z Gruźlicą. Lwów.

Sprawozdanie lekarskie z działalności lwowskiego Tow. Walki z Gruźlicą.

Ogłaszając drukiem po okresie wojny światowej, po raz pierwszy sprawozdanie z działalności lekarskiej naszej instytucji, musimy pokrótce wspomnieć o tem na jakich fundamentach przyszło nam, z początkiem roku 1921-go, działalność Twa. na nowo rozbudowywać.

Kilka dat z historji Towarzystwa.

Dnia 14-go października roku 1904-go, za inicjatywą Dra Tomasza Janiszewskiego, fizyka miasta Krakowa, oraz Prof. Antoniego Gluzińskiego powstaje pierwsze w Polsce Two Walki z Gruźlicą. Tym wyżej wymienionym mężom należy się głównie także i zasługa założenie pierwszej w Polsce Przychodni Przeciwgruźliczej we Lwowie w roku 1908-ym, 17-go maja, przy ul. Pańskiej l. 10. Pierwszymi lekarzami Poradni byli doktorowie Wincenty Czernecki i ś. p. Wł. Balabajder.

Już inicjatorowie zdawali sobie dokładnie sprawę z celów i kierunku, w jakim taką Poradnię prowadzić należy. — „Po ustaleniu rozpoznania gruźlicy, udawała się „Opiekunka" do mieszkania chorego, celem stwierdzenia wśród jakich warunków chory i jego najbliższe otoczenie się znajduje, a zamiarem tej wizyty było stworzyć w otoczeniu chorego takie warunki, ażeby gruźlica jak najmniej szerzyć się mogła". Tyle mówi pierwsze sprawozdanie.

Jeszcze jedno nazwisko wspomnieć należy. Pierwszą poradniarką w Polsce była Pani Kwiatkiewiczowa, pełniąca te obowiązki przez szereg lat.

W roku 1909-ym, obejmuje kierownictwo Twa ś. p. Prof. Wiczkowski, a sekretarzem i jednym z najczynniejszych członków zarządu jest Witold Ziembicki. Pod ich kierownictwem i przy współudziale lekarza Poradni śp. docenta Zdzisława Tomaszewskiego i dra Marcina Selzera kierownika sanatorjum w Hołosku rozwija się działalność Twa świetnie. Przychodnia przeniesioną zostaje do lokalu w kamienicy miejskiej przy ulicy Jagiellońskiej l. 12 powstaje sanatorjum ludowe w Hołosku, powstają koła prowincjonalne, tak że wybuch wojny światowej zastał Two w pełnym rozkwicie i rozwoju. Wojna światowa doprowadza działalność Twa do zastoju i częściowego zniszczenia; Sanatorjum w Hołosku, pozbawia znacznej części inwentarza, rujnując budynki, wodociągi, i t. p. Przychodnia wegetuje utrzymywana głównie dzięki Siostrze miłosierdza Annie, pilnującej tej placówki przez cały czas nawet w czasie walk podczas buntu ukraińskiego.

Z chwilą podjęcia pracy w Towarzystwie, przez sprawozdawcę, jak już wspomnieliśmy uprzednio w grudniu 1920-go wspólnie z docentem drem A. Sabatowskim, działalność przychodni znajdującej się w 4 ubikacjach na drugiem piętrze, obdrapanej i zniszczonej kamienicy miejskiej przy ulicy Jagiellońskiej 12, zredukowaną była do minimum, A Sanatorjum oddane było do dyspozycji władzom wojskowym.

Cele i zadania.

Wzorując się na założonych we Francji Poradniach przeciwgruźliczych (Calmette), „Dispensaires", których głównem zadaniem była propaganda i pouczanie chorych o środkach zapobiegawczych przeciw szerzeniu się gruźlicy, na poprzednio zapoczątkowanym we Lwowie systemie pracy, i my staliśmy z początku na stanowisku wykluczającem leczenie. Ten jednak sposób okazał się w naszych warunkach nie do przeprowadzenia. Zdajemy sobie i dziś sprawę, że celem naszym jako głównie poradni przeciwgruźliczej jest nie leczyć, ale uświadamiać i pouczać o zapobieganiu szerzenia się gruźlicy. — W ciągu naszej 5-cio letniej pracy przyszliśmy do przekonania, że tylko lecząc chorego, względnie przynosząc mu ulgę w cierpieniach, zyskujemy jego zaufanie w ciągłej z nim styczności możemy wpajać nasze zasady. W ten sposób tylko zyskujemy wpływ na całą rodzinę i otoczenie i powodujemy coraz nowe zastępy zgłaszających się nowych chorych. „Leczenie" chorych uważamy więc za znakomity środek propagandy.

Z tytułu tego leczenia może nas łatwo spotkać zarzut, tworzenia i utrzymywania jeszcze jednego z tak licznych już we Lwowie ambulatorjów publicznych, które siłą faktu muszą przynosić szkodę materjalną, już i tak ciężko walczącemu o byt, stanowi lekarskiemu. Ten zarzut jest słuszny, ale na to mamy jedną obronę: my prowadzimy walkę z plagą trapiącą całe społeczeństwo. Do zwalczania tej klęski ogólnej należy użyć wszystkich środków i dostępnych sposobów. Interesy więc stanu, muszą podporządkować się interesom ogółu.

Przekształcenie się „Opieki" w lwowskie ambulatorjum ftizjologiczne.

Z chwilą gdyśmy przyszli do wyżej przytoczonego przekonania, że „leczenie" chorego jest koniecznością w naszych warunkach, ramy „Opieki" stały się za szczupłe i musieliśmy dążyć do stworzenia czegoś w rodzaju centralnego ambulatorjum rozporządzającego dość znacznymi zasobami finansowymi i dużym materjałem chorych. Stworzyliśmy więc, dzięki poparciu i zrozumieniu sprawy u czynników kompetentnych „Lwowskie ambulatorjum ftizjologiczne", które jednoczy w sobie poradnię i przychodnię, dawną „opiekę" Twa., przychodnię kasy chorych miasta Lwowa, i związku okręgowego kas chorych, powiatowej kasy chorych, pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszy miejskich, poradnię i przychodnię dla młodzieży szkół niższych, średnich i wyższych zakładów naukowych. Napotykamy na trudności w przeprowadzeniu umowy z kolejową kasą chorych, z pomocą urzędników państwowych, chociaż liczni kolejowcy i urzędnicy państwowi z naszego ambulatorjum korzystają. Mamy nadzieję, że obie te instytucje zrozumieją w tym roku cel doniosłość i korzyść zawarcia z nami odpowiednich umów. Przy tej sposobności podkreślić muszę stanowisko obywatelskie

i zrozumienie jakie okazali reprezentanci lwowskiej kasy chorych, dyrektor Salamander i lekarz naczelny dr. Beth w sprawie stworzenia owego ambulatorjum.

Lwowska kasa chorych pierwsza w Polsce stworzyła współżycie z poradnią i przychodnią Twa i umożliwiła w ten sposób rozszerzenie naszej działalności i ugruntowała ją. Zgodziła się ponad swój statutowy obowiązek ponosić koszta spluwaczek, parawanów i t. p., a więc środków zapobiegawczych, co więcej pozwoliła na swój koszt leczyć zagrożonych członków rodziny, których nasze wywiadowczynie przy sposobności wizyt chorych wyszukują. Kasa chorych we Lwowie zrozumiała celowość zapobiegania, zrozumiała że wydatek ten wróci jej się z pewnością, z grubym procentem w przyszłości.

Za tym przykładem poszły dalsze instytucje lwowskie, tak że powyższe kasy chorych posiadają nietylko przychodnie ale również i poradnie przeciwgruźlicze, do czego ustawą nie są zobowiązane. Kasy chorych bowiem ustanowione są do leczenia chorych „przychodnie“ do zapobiegania, pouczania, jednem słowem „Walka z gruźlicą (poradnia)“ do ustawowych obowiązków nie należy. Przez ścisły kontakt z nami posiadają one i poradnie i swój obowiązek pojmują znacznie szerzej.

W ten sposób powstał we Lwowie nowy typ pracy przeciwgruźliczej przez podawanie sobie rąk wszystkich prawie czynników pomocy lekarskiej społecznej. Jak dotąd ta spólnota daje znakomite wyniki, i może być stawiana za wzór.

Pozostaje do rozważenia zagadnienie, czy lepiej jest stworzyć w takiem mieście jak Lwów jedną Przychodnię i Poradnię, zaopatrzoną we wszystkie potrzebne środki pomocnicze, czy też kilka mniejszych. Na to pytanie odpowiedzieć musimy nieco obszerniej:

Zapewnie bardzo celowem będzie stworzenie szeregu Przychodni i Poradni rozłożonych w różnych dzielnicach miasta, jednak muszą one być odpowiednio urządzone, posiadać cały kosztowny aparat pomocniczy, albo też być filjami centrali, gdzie te środki pomocnicze, w razie potrzeby sie znajdują. Najpierw jednak trzeba było ową centralę stworzyć. Dziś gdy ona istnieje nadszedł czas w odleglejszych dzielnicach miasta zakładać filje. Tworzenie takich filji zależeć musi od odpowiedniego lokalu, a co najważniejsze od istnienia odpowiednio kwalifikowanych sił lekarskich na których wykształcenie trzeba było dłuższego czasu.

Walka z gruźlicą nie może być ograniczoną ani względami przynależności do jakiejś instytucji lekarsko-społecznej np. kasy chorych, urzędników państwowych i t. p., ani tem mniej naukowej czy religijnej (np. poradnia żydowska). Taka poradnia nie może prowadzić celowej akcji. Bo cóż zrobi poradnia np. kasy chorych jeżeli znajdzie w rodzinie suchotnika lub w danem mieszkaniu kogoś kto należy do innej kasy chorych, będzie zwalczać gruźlicę swego tylko członka, a resztę zostawi innej instytucji. Do jednego domu będą chodzić wywiadowczynie kas chorych, szkolne, a jak sie złoży powiatowej kasy chorych i pomocy dla urzędników.

Nie mamy tu zamiaru występować przeciw np. przychodni (ambulatrojum) którą sobie otworzy jakiś szpital, klinika, czy też instytucja. Dla celów naukowych materjał chorych jest im potrzebny i tylko przyklasnać by należało że pewna np. szkoła lekarska zacznie uczniów uczyć ftizjologji.

Należy nazywać rzeczy po imieniu. Np. kasa chorych i ambulatorjum dla urzędników może utworzyć przychodnię. Jeżeli stworzy poradnię to będzie to praca z wyżej wymienionych względów nie realna, a nawet pod względem społecznym szkodliwa wprowadzająca chaos w stosunki organizacyjne zwalczania gruźlicy. Jednem słowem *jedynie racjonalny system społeczny walki z gruźlicą to poradnie przeciwgruźlicze terytorjalne ograniczone do jednej miejscowości, dzielnicy miasta i t. p. prowadzone pod jednolitem kierownictwem lekarskiem. Zupełnie błędnem pod względem celowości społecznej jest tworzenie poradni przeznaczonych tylko dla pewnych instytucji czy też dykasterji.*

Sprawa lokalu.

Jedną z najważniejszych spraw była zmiana lokalu. Dzięki obywatelskiemu stanowisku członków lwow. Polikliniki, a głównie dyrektorowi ś. p. Dra Trzcienieckiemu, Instytucja nasza już w 1921. roku przenosi się do Polikliniki przy ul. Lindego 5. i uzyskuje w ten sposób nietylko celowo urządzone lokalności, ale w ordynatorach polikliniki konsyliarjuszy w innych działach specjalności lekarskich. Ś. p. prof. Wiczkowski i Drowie Sabatowski i Węgrzynowski zostają członkami Polikliniki, przez co związek naszej przychodni z tą instytucją staje się ściślejszy. By nie wracać już do sprawy lokalu na tem miejscu zaznaczyć musimy, że lokal obecny dzięki wzrostowi naszej poradni stał się dziś już zaciasny. Okazuje się konieczną nadbudowa drugiego względnie trzeciego piętra celem pomieszczenia odpowiedniej pracowni oddziału helioterapeutycznego, Roentgena — pomieszczenia i oddzielenia poradni dla dzieci i poradni dla młodzieży szkolnej, w końcu stworzenia miejsca dla oddziału obserwacyjnego na 10 łóżek.

Dziś zajmowane lokalności są bezwzględnie zaciasne, z tego powodu wytwarza się często natłok chorych czekających we wspólnych poczekalniach i niecelowe spotkanie i przebywanie razem chorych starszych z dziećmi i młodzieżą.

Personel.

Przez pewien okres czasu pracowali w przychodni początkowo docent Dr. A. Sabatowski i Węgrzynowski. potem Węgrzynowski przy pomocy Dra A. Pohoreckiego, chirurga, wkrótce okazała się konieczność pomocy asystenta którym zostaje Dr. Angielski. Kolejno pracują wolontarjusze Drowie Kopp i Potencki, a jako asystenci Drowie Tomaszewski, Ciepielowski, Bühn, Kuhl, i Zając. Ponadto jako siły pomocnicze doktorki Artymowska, Zabieżyna i Cybulska. Oddział laryngologiczny naszego ambulatorjum prowadzi dziesiejszy przewodniczący Towarzystwa Dr. S. Zabłocki.

W drugiej połowie roku ubiegłego skład personalu ambulatorjum stanowił kierownik Dr. Węgrzynowski, starsi asystenci Dr. Kuhl i Bühn, młodsi asystenci Dr. Zając, Dr. A. Cybulska, i Dr. Wysocki. Ordynatorem oddziału laryngologji jest Dr. Zabłocki, ordynatorem oddzału dziecinnego Dr. Tomaszewski. Ponadto dwóch medyków, jedna siestra miłosierdzia, dwie wykwalifowane wywiadowczynie, sekretarka, buchalterka, dwoje służby, razem więc osób 16.

Sposób pracy.

Przychodnia nasza otwarta jest obecnie od 10-tej do 16-tej codziennie. Chorzy nowo zgłaszający się przyjmowani są między 12-tą, a 14-tą w poniedziałki środy i piątki. Poradniarka przyjmujac chorego spisuje z nim wywiady, mierzy gorączkę, waży go i daje drukowane pouczenie i odsyła do asystenta, który podejmuje następne badanie uzupełnia wywiady, spisuje status praesens, zarządza pomocnicze badania moczu, krwi, plwociny i t. d. mierzenie gorączki, prześwietlanie Roentgenem, wywiad poradniarki w domu, i t. podobnie.

Po przeprowadzeniu tych badań przedstawia chorego kierownikowi z którym układa się plan leczenia. Po tem wstępnem badaniu chorego przenosi się na oddziały. Oddziałów jest cztery.

Pierwszy ogólny od 10-tej do 1-ej codziennie.

Drugi dla inteligencji od 1-ej do 3-ej.

Szkolna poradnia od 3-ej do 4-ej.

Nawiasem dodajmy, że z umysłu utworzyliśmy osobne godziny dla pewnych kategoryj chorych, pragnąc, np. uniknąć stykania się młodzieży szkolnej z innymi chorymi. Asystent prowadzący ten oddział jest w najściślejszym kontakcie z lekarzami szkolnymi i hygienistkami szkolnemi oraz z Sekcją Higjeniczną Twa Nauczycieli szkolnych wyższych.

Oddział dziecięcy prowadzony przez pedjatrę przyjmuje niemowlęta i dzieci do lat 12-stu, jest otwarty trzy razy na tydzień, od 11 do 13-ej.

W końcu leczenie światłem (lampa kwarcowa) i Soluxem, codziennie od 14 do 18-ej.

Laboratorjum bakterjologiczno chemiczne wykonuje wszelkie badania potrzebne. Ponadto jako oddział samodzielny prowadzi Dr. Zabłocki dział laryngologiczny dwa razy na tydzień godzinę. Ambulatorjum ma do dyspozycji za małą opłatą aparat Roentgenowski (prywatna własność) oraz korzysta z porad ordynatorów Polikliniki, z innych działów specjalności lekarskiej.

Materjał Chorych dzieli się na trzy grupy: a) chorzy przysłani przez instytucje: Kasy Chorych, ambulatorja szpitalne, oddziały szpitalne, i t. p.

b) chorzy, względnie podejrzani o chorobę z otoczenia chorych, sprowadzani przez nasze opiekunki, przy sposobności wizyt.

c) chorzy zgłaszający się sami.

Ad a) Kasa Chorych oddaje nam chorego z asygnatą na trzy miesiące, przez ten czas uzyskujemy prawo pisania recept na koszt Kasy Chorych, stawiania wniosków o nieudolność do pracy, wnioski do wysyłania do miejsc klimatycznych, szpitali i t. p. Za wszelkie zabiegi i leczenia wystawiamy miesięczne rachunki. Szpital Powszechny odsyła nam chorych gruźliczych nie mogąc ich przyjąć, lub też chorego z gruźlicą, jako nieuleczalnego wypisanego ze szpitala. Adresy chorych spisują co tydzień nasze wywiadowczynie, i ambulatorjum obejmuje ich leczenie. Lekarze dyżurni szpitala powszechnego mają polecenie odsyłania również chorych zamiejscowych do naszego ambulatorjum.

Ad b) Patrz niżej w ustępie p. t. Praca Opiekunek Wywiadowczyń.

Leczenie.

Jak wyżej wspomnieliśmy leczenie należy do ważnej części naszej działalności, przez które zyskujemy sympatję i zaufanie cho-

rego i możemy łatwiej prowadzić pracę najważniejszą t. j. zapobieganie. Nad psychiką przewlekle chorego jakim jest zwykle chory na gruźlicę musi lekarz panować i w miarę sił utrzymywać nadzieję wyzdrowienia. Tylko chorzy mający wiarę w powrót do zdrowia, poddają się skrupulatnie zarządzeniom ochronnym.

Chory na gruźlicę, którego ciągle częstować się będzie spluwaczką i parawanem, a na jego cierpienia nie da się środka kojącego, lub też nie będzie się go leczyć, straci zaufanie i więcej do Poradni się nie zjawi.

Ze środków aptecznych korzystamy skąpo, zakupując je miarowo i dostarczając je naszym chorym z naszego magazynu. Poza tem wykonuje się wstrzykiwania arszenikiem, dość często dożylne wapna. Leczenie specyficzne alttuberkuliną, tebecyną, ektibiną, a w ostatnich czasach sanochrezyną. Z zabiegów wykonujemy w odpowiednich przypadkach odmę, za naszem wskazaniem oddział chirurgiczny szpitala wykonuje phrenicoexgiere. Stosuje się ponadto leczenie lampą kwarcową, a gruźlicę krtani Roentgenem. Wyniki leczenia komunikujemy co czas jakiś w prasie fachowej.

Sprawa łóżek szpitalnych dla chorych gruźliczych.

Chorzy gruźliczy potrzebujący opieki szpitalnej, tej opieki we Lwowie nie znajdują albo w nader skromnej mierze znaleść ją tylko mogą. Klinika jak dotąd wyjątkowo tylko chorych na gruźlicę przyjmuje (ostatnio klinika wewnętrzna urządza oddział dla chorych gruźliczych). Szpitale faktycznie przyjmują tylko umierających z powodu braku miejsca. Reszta gruźliczych tuli się wśród innych chorych w przytułkach dobroczynności publicznej. Propozycja objęcia pusto stojących baraków miejskich na Janowskiem przez nasze Two., które na ten cel uzyskało od rządu fundusze, zostało z przyczyn dla nas niezrozumiałych, na wniosek referenta, przez komisję Rady Miasta odrzucona.

I dziś chorzy gruźliczy bywają wyrzucani ze szpitali, lub też leczą się po izbach i suterenach zarażając otoczenie, a baraki na Janowskiem zrestaurowane kosztem wielu tysięcy złotych stoją próżno i niszczeją, oczekując czy też jaka epidemja przypadkiem nie nawiedzi Lwowa. (Dodajemy, że baraki są potrzebne raz na kilka lat, i że Two zobowiązywało się w razie potrzeby opróżnić baraki z chorych, do dni 7. i prowadzić je dalej jako epidemiczne).

Jest to sprawa piekąca i niecierpiąca zwłoki. Szpital dla chorych gruźliczych we Lwowie przynajmniej na 100 łóżek powstać musi. Nie naszą, a innych czynników jest winą że dotąd zagadnienie to nie zostało chociaż prowizorycznie załatwione.

Praca opiekunek wywiadowczyń.

Podstawą Poradni jest praca opiekunek, wywiadowczyń. One są łącznikiem między Poradnią, a domem, one przeprowadzają na miejscu badania nad stanem finansowym i mieszkaniem, one przeprowadzają polecenia lekarskie w sprawie zapobiegania szerzenia gruźlicy.

Opiekunki odwiedzają: a) chorych Przychodni i ich rodziny, b) rodziny i chorych na gruźlicę, nieprzyjętych do szpitala państwowego, c) rodziny zmarłych na gruźlicę. Do tej ostatniej kategorji nieco wyjaśnień.

Miejski Urząd Zmarłych w raportach co 14 dni, donosi nam o wszystkich zmarłych we Lwowie na gruźlicę, wślad za tem doniesieniem udaje się nasza opiekunka do mieszkania rodziny zmarłego (biednego czy bogatego) i tu udziela informacji, radzi przeprowadzić desinfekcję, zwraca uwagę na konieczność zwrócenia się do lekarza domowego celem skontrolowania stanu zdrowia pozostałej rodziny, względnie (o ile niezamożni) zaprasza całą rodzinę do Poradni. Jeżeli chodzi o skuteczność propagandy, to nie wiem czy jest moment pod względem psychologicznem lepiej wybrany, jak po śmierci członka rodziny.

Do opiekunki należy również kontrola używania spluwaczek (tekturowych), które Two. wyrabia, parawanów i łóżek, które Poradnia w miarę potrzeby dostarcza do mieszkań zajmowanych przez chorych.

Sprawa pobierania opłat.

Ambulatorjum nasze nie posiada prawie żadnych subwencji. Rząd sypie hojną ręką w latach 1924 i 1925 na budowę np. sanatorjum w Zakopanem (co ze stanowiska celowej walki społecznej wobec nieistnienia dostatecznej ilości przychodni w Polsce jest stanowczo błędem), daje duże subwencje najbogatszemu towarzystwu przeciwgruźliczemu w Polsce t. j. w Warszawie, nam zaś mimo wykazanej intenzywnej działalności, odmawia w latach 1924—1925 wszelkiej pomocy. Jesteśmy więc siłą faktu skazani na samowystarczalność.

Część funduszów naszych płynie z opłat kas chorych resztę zaś zdobywamy przez pobieranie opłat od naszych chorych. Część daje nam społeczeństwo Lwowskie.

Wszyscy nasi chorzy są nadzwyczajnymi członkami korzystającymi Twa., wpłacają wpisowe w kwocie 3 złotych i wkładki miesięczne w kwocie 2 złote, pozatem za wszelkie zabiegi, wstrzykiwania i t. p. spluwaczki, parawany składają nieznaczne opłaty.

Chorym u których nasze wywiadowczynie stwierdzą wyjątkową nędzę obniża się opłaty do minimum. Instytucje dobroczynne np. Two św. Wincentego lub też prywatni polecający chorych do leczenia pokrywają koszta, to samo związki rodzicielskie poszczególnych szkół. Opłaty te, umożliwiają nam z jednej strony wypłatę pensji personalowi, zakup potrzebnych druków i rekwizytów, z drugiej strony uważamy te opłaty za środek wychowawczy. Inaczej sobie ceni np. spluwaczkę pacjent który za nią zapłacił choćby dwa grosze, niż ten który otrzyma coś bezpłatnie. Każdy nasz chory w miarę możności musi przyczynić się do kosztów poradni. Niech choć kilka groszy da, byle wiedział, że to nie za darmo.

Sanatorjum w Hołosku.

Sanatorjum w Hołosku zniszczone podczas wojny, zostało odnowione, inwentarz uzupełniony, tak że dziś może ono w zimie pomieścić 20-stu chorych w lecie 60-ciu. Zasługę odnowienia i doprowadzenia do stanu używalności Hołoska, ma bezsprzecznie Dr. Angielski, kierownik tego sanatorjum od chwili objęcia przez Two, w roku 1923, do końca roku 1925. Wyniki leczenia systemu dietetyczno-klimatycznego są bardzo zadawalające. Sanatorjum w Hołosku daje nam nowy dowód, że w skromnych warunkach podmiejskich, osiągnąć można wyniki niegorsze jak w pierwszorzędnie urządzonych zakładach. Budynki sanatorjum są jednak w stanie takim że remont w najbliższych latach nie będzie się opłacać, budowa więc nowego sanatorjum jest koniecznością, której uniknąć nie będzie można.

Kilka dat statystycznych za rok 1925.

Ilość chorych 1471 z tego mężczyzn 705, kobiet 769. Wyznania chrześ. 1331, mojżeszowego 143.

Wiek chorych:	Do 1 r.	1-10	10-15	15-20	20-30	30-40
	1	118	204	171	498	256
od	40-50	50-60	60-70	70-80 lat		
	140	66	21	4		

Zamieszkali we Lwowie 1170, poza Lwowem 293, bez adresu 11. Należących do Kas chorych 526, nienależących 948.

Ilość udzielonych porad 4720, zabiegów 12.112, wywiadów 1536.

Ilość dni leczenia w Hołosku 7305, chorych 233.

Obrót kasowy w 1925 r. 265.204 zł. 78 gr.

Dokładniejsze dane statystyczne z materjału chorych za rok ubiegły będą osobno ogłoszone.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy. Rok XV, Nr. 6. z 16 lipca 1926: Wł. Podsoński: Choroby stawów i ich leczenie w Lubieniu Wielkim. — St. Lewicki: Bibliografja polskiego zdrojownictwa (ciąg dalszy).

Polski Przegląd chirurgiczny. Tom V, zeszyt 2-gi za kwiecień, maj i czerwiec 1926: Br. Sawicki: Powikłania po operacjach spowodowanych zapaleniem wyrostka robaczkowego. — A. Jurasz: O znieczuleniu rdzeniowem w operacjach brzusznych. — H. Hilarowicz: Uwagi w sprawie techniki wycinania żołądka w wrzodzie trawiennym. — E. Parczewski: Chirurgja ropni mózgowych. — J. Tymiński: Pęknięcie dotrzewne pęcherza moczowego. — F. Grauberg: O paluchu koślawym. — Fr. Raszeja: Kilka uwag krytycznych o istocie „Osteochondritis vertebralis infantilis" (Calvé). — J. Schlingmann: Wodonercze rzadkiej wielkości z zanikiem zupełnym miąższu nerkowego. — L. Śniegocki: Guz mięszany podniebienia twardego. — Alfr. Meissner: W sprawie postępowania chirurgicznego w wydatności szczęki górnej (Prognacji). — St. Radwan: O wytwórczych sposobach pokrywania rozległych ran po odjęciu sutka skutkiem raka. — B. S.: W sprawie techniki rozszerzonego cięcia miedniczki. — B. S.: Rozpoznanie przewodu żółciowego wspólnego w przypadkach o stosunkach anatomicznych powikłanych. — L. Zembrzuski:

Ojciec chirurgji polskiej Rafał Józef Czerwiakowski. — A. Janik: Ostra niedrożność jelit w świetle prac lat ostatnich.

Polski Przegląd radjologiczny, T. I, zeszyt 1 i 2 z r. 1926: Od redakcji. Z. G.: Kartki z dziejów radiologji w Polsce. — Z. Grudziński: Stosunek roentgenologa do klinicysty. — Br. Sabat: Promienie stosowane w lecznictwie i ich miejsce w skali fal elektromagnetycznych. — A. Elektorowicz: Uchyłkowatość esicy. — A. Grossglik: Przypadek nawrotu choroby Werlhoffa po splenektomji leczonej promieniami Roentgena. — S. Rubinrot: Przyczynek do leczenia promienicy.

Nowiny lekarskie. Rok XXXVIII, zeszyt 13—14, z 1 lipca 1926: H. Higier: Dzieci neuropatyczne i psychopatyczne. — D. Węckowski Stosowanie radu w lecznictwie. — A. Starzyński: Zapobieganie chorobom zakaźnym w Londynie.

Zdrowie. Rok XLI. Nr. 7 za lipiec 1926: J. Pollak: O wielkich inwestycjach uzdrowotnienia, wykonywanych w Radomiu, Częstochowie, Lublinie i Piotrkowie przez Tow. akc. amerykańskie P. N. Ulen and Cie. — L. Bier: W sprawie polskiego ustawodawstwa skarbowego, dotyczącego wyrobu wódek.

Wiadomości farmaceutyczne. Rok LIII. Nr. 27 z 4 lipca 1926: I. Spoz: Radix lapathi — korzeń kobylaka czyli szczawiu końskiego. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Wychowanie fizyczne. Rok VII, zeszyt 3, za III kwartał 1926: Wł. Fuchs-Dybowski i A. Borysiewicz: Obozy letnie przysposobienia wojskowego w świetle badań lekarskich. — K. Stojanowski: Stan i zadanie antropometrji stosowanej. — K. A. Kundsen: Wrażenia z pobytu w Polsce. — Wł. Missiuro: Wychowanie fizyczne Rosji sowieckiej. — I. Fidziński: Wychowanie fizyczne młodzieży w czasie wakacji.

Przemysł chemiczny. Rok X. Nr. 5—6, za maj i czerwiec 1926: I. Zawadzki i S. Jaroszewski: Ze studjów nad węglem polskim. — O. Ochmatowicz: O polskim olejku terpentynowym. — I. Milewski: Aktywacja węgla przy pomocy potażu. — T. Kuczyński: O ekstrakcji ciał zaabsorbowanych. — W. Kiełbasiński: Z praktyki merceryzacji przędzy i tkanin.

Pedjatrja polska. Tom VI, zeszyt 3 za maj i czerwiec 1926: Br. Szulczewski: Wspomnienie pośmiertne. — Stankiewicz: Opukiwanie czaszki u dzieci. — Bogdanowicz: Wyniki badania krwi w płonicy. — Bussel: W sprawie czynnościowego badania nerek. — Wiszniewski: Przyczynek do różniczkowania ostrego nieżytu jelita grubego z następowem zatruciem. a durami rzekomemi.

Opieka nad dzieckiem. Rok IV. Nr. 3 za maj i czerwiec 1926: Br. Krakowski: Higjeniczno-lekarska opieka nad dziećmi i młodzieżą. — C. Berezowski: Statystyka przestępczości nieletnich. — W. Mikułowski: Higjena niemowlęcia. — E. Ziegler: Opieka nad dzieckiem w Lyonie. — A. Klęsk: Dobra strawa duchowa dla młodzieży.

Lekarz Kasy chorych Rok II, Nr. 10, z 15 lipca 1926: O kasach chorych wogóle, a kasie chorych m. Warszawy w szczególe. — Z kasy chorych m. Warszawy. — Korespondencje.

Wiadomości farmaceutyczne Rok LIII. N. 28-29, z 25 lipca 1926: H. Krauze: O rozwoju chemji środków spożywczych. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Apisiterapja. — M. Arndt. Uprzemysłowienie aptek.

Wiadomości farmaceutyczne Rok LIII. N. 30-31, z 1 sierpnia 1926: Sprawozdanie z działalności Państw. Instytutu farmaceutycznego za r. 1925. — Inż. M. Bornstein: Stosowanie metody naukowej organizacji pracy przy pakowaniu towarów. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy. Rok XV, N. 7. z 1 sierpnia 1926: A. Kuczewski: Leczenie klimatyczne gruźliczych schorzeń narzadu ruchu, gruczołów chłonnych, otrzewnej, opłucnej, i skóry z uwzględnieniem aktinoterapji skóry. — Wł. Podsoński: Choroby stawów i ich leczenie w Lubieniu Wielkim (dok.). — St. Lewicki: Bibljografia polskiego zdrojownictwa (ciąg dalszy).

Warszawskie czasopismo lekarskie, Rok III, N. 7. z 31 lipca 1926: H. Higier: Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby. — J. Typograf: Porażenie splotu barkowego typu Duchenna. — Erba w związku z zakażeniem rzeżączkowem. — S. Rubinrot.: Roentgenoterapja wrzodu żołądka i dwunastnicy. — J. Pomper: O leczeniu pooperacyjnej niewydolności wątrobowej insuliną. — W. Krzemiński: Przypadek postrzału czaszki. — R. Karbowski: Narządy kamyczkowe i rola ich w układzie statycznym (streszczenie zbiorowe). — A. Galewski: Znaczenie amoniaku dla ustroju (streszczenie zbiorowe). — J. Grunzach: Zarys rozwoju gastronomji w Polsce. — A. Krieger: Kasy chorych i lecznictwo ogólne.

Lekarz wojskowy Rok VII, N. 4. z kwietnia 1926: St. Rouppert: Panika jako zjawisko wojenne. — W. Popławski: Roztwory fizjologiczne, ich znaczenie i rola w lecznictwie. — Fr. Waga: Zasada kierownictwa technicznego w służbie zdrowia w polu. — W. Osmólski: Stosunek sportu do wychowania fizycznego.

Zdrowie, Rok XL., N. 8. z sierpnia 1926: J. Polak: Warszawa 1926. — P. Gantkowski: Zadania samorządów w walce z alkoholizmem. — Inż. Z. Rudolf: Planowanie miast a zdrowotność.

Archiwum higjeny, Tom I, zeszyt III. 1926: A. Safarewicz: Higjeniczne własności tkanin odzieży. — W. Gądzikiewicz: Badanie przewodzenia ciepła przez tkaniny odzienia górali podhalańskich, wykonane przy pomocy kalorymetru Stefan'a.

Lekarz Polski, Rok II, N. 8. z 1 sierpnia 1926: J. Marjański: W przededniu nowych zmian. — W. Jeżewski: Sanacja czy destrukcja. — M. Łężyński: Obrona w sądzie Izb lekarskich. — K. Koronkiewicz: Zagadnienia sanitarne na kolejach żelaznych. — J. Bujalski: Błędne drogi. — Prof. Grzywo-Dąbrowski: Pourazowe ropnie mózgu i ich znaczenie sądowo-lekarskie. — S. Czerwiński: Świadectwa lekarskie o stanie zdrowia pokrzywdzonego w sprawach kasowych. — Inż. Z. Rudolf: Zagadnienia inżynierji sanitarnej. — S. Hammer: Organizacja walki z jaglicą.

Wiadomości farmaceutyczne Rok LIII, N. 32 z 8 sierpnia 1926: Sprawozdanie z działalności Państw. Instytutu farmaceutycznego. (ciąg dalszy). — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Lwów.

Drugi Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy odbędzie się w myśl uchwały zjazdu zeszłorocznego, we Lwowie w dniach 11, 12 i 13 września 1926. Tematem obrad będą wyłącznie z góry ustalone referaty i korreferaty, a mianowicie: *I. Swoiste i nieswoiste sprawy szczytów płucnych i corticopleuritis apicalis.* (Referenci: Prof. Januszkiewicz z Wilna i Dr. Kazimierz Dąbrowski z Warszawy). *II. Dziedziczność i konstytucja w gruźlicy.* (Referenci: Prof. Nowicki ze Lwowa i Doc. Sterling-Okuniewski z Warszawy). *III. Ustawodawstwo przeciwgruźlicze i najpilniejsze jego zadania w Polsce.* (Referenci: Pułk. Dr. St. Rudzki z Warszawy i Dr. Ad. Kuhn ze Lwowa). Korreferaty do tematu III: *1) Społeczna ochrona dziecka przed gruźlicą.* (Referenci: Prof. K. Jonscher z Poznania i Prof. Fr. Gröer ze Lwowa). *2) Zapobieganie gruźlicy i jej zwalczanie w Kasach Chorych* w ramach ustawy o zabezpieczeniu na wypadek choroby. (Referenci: Dr. Rostek, Dr. Seidl, Dr. Sew. Sterling). *3) Projekty do organizacji walki z gruźlicą na wsi).* Referent: Dr. J. Opieński). Żadne dodatkowe referaty przyjmowane nie będą. Referat główny może trwać najwyżej 45 minut, korreferat 30 minut, przemówienie dyskusyjne 5 minut. Nie będzie żadnych przemówień powitalnych. Obrady trwać będą codziennie od g. 9 do 12 i od 15 do 19 i zamykać się je bedzie punktualnie o oznaczonych godzinach bez względu na stan dyskusji. Zjazd obradować będzie na pełnych posiedzeniach bez podziału na sekcje. Poza obradami zwiedzanie wystawy przeciwgruźliczej oraz instytucji walki z gruźlicą i lecznic. Wkładka zjazdowa wynosi 15 zł. od osoby. Sekcja Kwaterunkowa komitetu organizacyjnego przyjmie wkładki zjazdowe oraz zapisy na kwatery płatne i bezpłatne. (Adres: St. Zabłocki, Lwów, ul. Tańskiej 3). Pewną ilość bezpłatnych kwater wspólnych przygotowano w klinikach uniwersyteckich. Uprasza się o decyzję co do wyboru jakości kwatery zawczasu ze względu na porę Targów Wschodnich — najdalej zaś do dnia 18 sierpnia. Dnia 10 września o g. 20 wieczór odbędzie się w Hotelu Żorża zebranie towarzyskie celem bliższego poznania się uczestników. Walne Zebranie Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w dniu 12 września popołudniu. Projektowane jest zwiedzenie po Zjeździe bliżej położonych zdrojowisk. Bezpośrednio przed Zjazdem, w dniu 10 września odbędzie się Zjazd przeciwgruźliczy Województwa Lwowskiego, którego porządek dzienny będzie później podany. Wszyscy uczestnicy zjazdu ogólnego będą tam mile widziani. Początek o g. 10 rano.

Ze świata.

Lekarze w jednej z kas w Oranienburgu (pod Berlinem) apelowali do władz wyższych z powodu zaofiarowania lekarzom przez kasę 25% dochodów Kasy, uważając tę sumę za zbyt niską.

W r. 1920/21 w czasie epidemji duru plamistego postradało życie przeszło 400 lekarzy polaków. Jest to podatek, jakiego Państwo w czasie pokoju nie wymaga od żadnego zawodu. (Memorjał dr. Sęczyca).